Nr. 37. 13. września 1930 1931 Rok X.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Stefan Łukasz KWIATKOWSKI. Adjunkt Kliniki. Lwów.
Prof. Dr. Stanisław LEGEŻYŃSKI. Kierownik Zakładu.

Odczyn wiązania dopełniacza w zastosowaniu do wrzodu miękkiego.

Z Kliniki Dermatologicznej U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. Jan Lenartowicz
i z Zakładu Mikrobiologji Akad. Med. Wet. we Lwowie.
Kierownik: Prof. Dr. Stanisław Legeżyński.

Klasyczne badania Japończyka Tetsuta Ito, ogłoszone w r. 1913. wykazały, że pałeczka łańcuszkowa Ducrey'a wywołuje zmiany nietylko miejscowe, ale i ogólne. Przez doskórne wstrzyknięcie szczepionki, sporządzonej z pałeczek łańcuszkowych Ducrey'a otrzymał on odczyn ściśle swoisty, a więc występujący tylko u chorych z wrzodem miękkim, względnie u osób zdrowych, u których zastosował poprzednio swoistą szczepionkę. Dodatni odczyn skórny tłumaczył Ito w sposób następujący: wskutek doprowadzenia wywoływacza, w tym wypadku pałeczek łańcuszkowych Ducrey'a w stanie żywym czy też w zabitym, powstają w ustroju „anafylaktyczne oddziaływacze" (Friedberger). Skoro po raz drugi wprowadzi się wywoływacz, powstają w ustroju „anafylatoksyny", które są dla niego trujące; one to właśnie wywołują miejscowo silny stan zapalny, t. j. dodatni odczyn skórny. Udało się też otrzymać temuż autorowi bierne przeniesienie anafylaksji zarówno zapomocą surowicy odpowiednio przygotowanych świnek morskich, jak i surowicą ludzi chorych na dymienicę. Natomiast odczyny precypitacji, aglutynacji i wiązania dopełniacza, wykonywane czy to z surowicą odpowiednio przygotowanych zwierząt czy też z surowicą chorych ludzi — dawały stale wyniki ujemne.

Sprawa tych badań na długi czas ucichła, póki nie podjął ich na nowo w roku 1924 Reenstierna. Autor ten zajmował się biernem uodparnianiem chorych z wrzodem miękkim a to w ten sposób, że wstrzykiwał im surowicę baranów, które uodparniał poprzednio przez przeciąg 6 tygodni zawiesiną pałeczek łańcuszkowych Ducrey'a. Otóż przy tej sposobności wykonywał odczyn wiązania dopełniacza z surowicą uodpornionych zwierząt i stale otrzymywał wyniki dodatnie z dawką surowicy 0.025,0.01 a nawet 0.005 cm³. Jako wywoływacza używał świeżej zawiesiny pałeczek bez — lub z dodatkiem kwasu karbolowego (0.5%); o ile zawiesina zawierała dodatek kwasu karbolowego używał jej z powodzeniem nawet po 6 miesiącach.

Od tego czasu pojawiło się już kilka prac, w których różni badacze zajmowali się sprawą odczynu wiązania dopełniacza u chorych z wrzodem miękkim. Wyniki, jakie otrzymali, są dotychczas naogół dość rozbieżne. I tak Nicolau-Banciu badali 182 surowic, otrzymując: wyniki dodatni przy wrzodzie miękkim niepowikłanym w 71%, przy powikłanym w 88%. Wyniki dodatnie występują według wspomnianych autorów już w 10 dni po zakażeniu. Odczyn wiązania dopełniacza jest w 73% zgodny z odczynem wśródskórnym Ito-Reenstierna. U osób zdrowych, którym wstrzykiwali podskórnie zabite pałeczki łańcuszkowe Ducrey'a otrzymywali potem zarówno dodatni odczyn wśródskórny jak i odczyn wiązania dopełniacza. To „przestrojenie serologiczne" utrzymywało się jeszcze jakiś czas potem; i tak u konia i barana, którym wstrzykiwano dożylnie szczepionkę z pałeczek Ducrey'a jeszcze w 2 i pół roku potem były oba odczyny dodatnie. Carvalho badał 232 surowic. Wywoływacz sporządzał sam z zabitych pałeczek Ducrey'a, albo też używał zawiesiny Nicolle'a. W 220 przypadkach otrzymał wyniki ujemne, a tylko w 12 słabe powstrzymanie hemolizy. Jednakże u tych 12 chorych i odczyn Wassermanna był silnie dodatni! U kozy, której codzień wstrzykiwał podskórnie zawiesinę pałeczek łańcuszkowych nie wykazał żadnych oddziaływaczy swoistych. Miravent-Quiroga-Sosa również nie znaleźli oddziaływaczy swoistych ani u ludzi chorych na wrzód miękki, ani u uodparnianych królików i koni.

Sprawą tą zajmował się także Saelhof. Jako wywoływacza używał wyciągu alkoholowego i eterowego pałeczek Ducrey'a. W 58% otrzymał wynik dodatni, jednakże równocześnie stwierdził, że przy całym szeregu schorzeń, jak n. p. rzeżączka, kiła, gruźlica i t. d. występują odczyny nieswoiste.

Wyniki więc jak widzimy są wcale sprzeczne. Podejmując obecnie nasze badania chcieliśmy przedewszystkiem stwierdzić, czy odczyn jest swoisty, czy mamy do czynienia z obecnością oddziaływaczy (ciał odpornościowych), które powstały na skutek działania wywoławczego zarazka lub jego produktów rozpadu, posiadających własności wywoławcze. Chodziło nam też o dobranie odpowiedniej i czułej metody dla wykazania odnośnych oddziaływaczy — o ile te istnieją — z równoczesnem zabezpieczeniem się przed wynikami nieswoistemi. Z góry zdawaliśmy sobie sprawę z tego, że sam odczyn może mieć wartość czysto teoretyczną, a żadnej praktycznej. Wszak rozpoznanie kliniczne i bakterjologiczne wrzodu miękkiego i jego powikłań jest tak proste, że żadnych innych metod pomocniczych nie wymaga. W wypadkach wątpliwych nie chodziło o to, czy jest wrzód miękki, lecz o to, czy niema równocześnie zakażenia kiłowego. Stwierdzenie istnienia zakażenia pałeczką Ducrey'a nie przedstawia dla nas w tym wypadku większej wartości.

Zaznaczamy, że badania nasze rozpoczęliśmy zaledwie przed 6 miesiącami i że nie są one jeszcze ukończone. Sprawą tą będziemy się nadal zajmowali i nie wątpimy, że w miarę uzyskiwania większego materjału wyniki nasze będą miały większą wartość.

I.

Dla wykonywania naszego odczynu przyjęliśmy zmodyfikowaną technikę Calmette-Massola, której czułość, a zarazem ścisłą swoistość poznaliśmy opracowując próbę wiązania dopełniacza przy rzeżączce. Stosując więc stałe dawki wywoływacza, badanej surowicy, czerwonych ciałek krwi i amboceptora hemolitycznego, mianowaliśmy wzrastającemi dawkami dopełniacza ilość swoistych ciał odpornościowych. Technika ta dość delikatna w wykonaniu daje jednak wyniki bardzo czułe i swoiste.

Wywoływacz. Jako wywoływacza używaliśmy gotowego preparatu fabrycznego „Dmelcos". Jestto wielowartościowa zawiesina pałeczek Ducrey'a, zawierająca w 1 cm³ 225 miljonów zabitych drobnoustrojów. Wywoływacz ten, zupełnie nierozcieńczony, nie powodował żadnego powstrzymania nawet z najmniejszą dawką dopełniacza, — używaliśmy go też do prób nierozcieńczonego. Nie jest wykluczonem, iż przy użyciu bardziej stężonego wywoływacza wyniki mogłyby być jeszcze bardziej czułe. Zmian jakichkolwiek, lub różnego oddziaływania z poszczególnemi próbkami Dmelcosu nie zauważyliśmy.

Surowica chorego: stosowana była zawsze po unieczynnieniu przez 15 minutowe ogrzanie do 57° C. Zabezpieczaliśmy się w ten sposób przeciw możliwym wynikom nieswoistym. Przetrzymanie surowic przez 7—14 dni nie zmieniało początkowego wyniku odczynu.

Technika wykonywania odczynu: Wywoływacza używaliśmy nierozcieńczonego w dawce 0.25 cm³ przy ogólnej ilości płynu 1.25 cm³. Surowicę stosowaliśmy (po unieczynnieniu) w dawce 0.1 cm³. Dopełniacza, a więc surowicy krwi zdrowej świnki morskiej używaliśmy w dawkach wzrastających, mianowicie z rozcieńczenia 1:10 w płynie fizjologicznym stosowaliśmy 0.15, 0.2, 0.25 cm³. Jako system hemolityczny służył nam amboceptor przy użyciu 10-krotnej minimalnie hemolizującej dawki, tudzież 5% zawiesina wypłókanych czerwonych ciałek krwi barana.

Obok właściwego odczynu nastawialiśmy trzy próby kontrolne, konieczne do pewnego odczytania odczynu w technice Calmette-Massola, a mianowicie kontrolę na działanie hamujące samej surowicy bez wywoływacza, na działanie hamujące wywoływacza bez surowicy i wreszcie kontrolę działania hemolitycznego dopełniacza. Ewentualne powstrzymania w próbach kontrolnych wchodzą następnie jako ważny czynnik w ocenie wyniku właściwego odczynu.

Schematycznie przedstawia się więc nasza próba następująco: patrz tabl. I.

Odczytywanie wyników: Przechodząc wreszcie do oceny wyników odczynu, zaznaczamy, że nie przyjęliśmy zasady Calmette-Massola co do obliczania jednostek dopełniacza, związanego przez oddziaływacze, powstrzymujące hemolizę — obawiając się, by w odczynie tak wrażliwym na cały szereg najrozmaitszych czynników — wynik w liczbę ujęty, a więc matematycznie ścisły nie stał się źródłem pomyłek i nieuzasadnionych wnioskowań. Zatrzymaliśmy bardziej ostrożne odczytywanie wyników jako:

Tablica I. Schemat odczynu Bordet-Gengou.

	Odczyn właściwy			Kontrola surowicy		Kontrola wywoływacza			Mianowanie dopełniacza			
Surowica chorego	0·1	0.1	0.1	0.1	0.1	—	—	—	—	—	—	—
Płyn fizjologiczny	0.25	0.2	0.15	0.5	0.45	0.35	0.3	0.25	0.7	0.65	0.6	0.55
Dopełniacz 1 : 10	0.15	0.2	0.25	0.15	0.2	0.15	0.2	0.25	0.05	0.1	0.15	0.2
Wywoływacz „Dmelcos“	0.25	0.25	0.25	—	—	0.25	0.25	0.25	—	—	—	—
	15 minut w łaźni wodnej przy ciepłocie 38–39° C											
Krwinki barana 1 : 20	0.25	0.25	0.25	0.25	0.25	0.25	0.25	0.25	0.25	0.25	0.25	0.25
Amboceptor hemolityczny 10-krotna minimalna dawka hemolit.	0.25	0.25	0.25	0.25	0.25	0.25	0.25	0.25	0.25	0.25	0.25	0.25
	20 minut łaźni wodnej 38–39° C, następnie około 16 godzin ciepłoty pokojowej chłodnej.								15 minut łaźni wodnej, poczem zaraz odczytywać wynik.			

1. *Ujemny* (—) t. j. zupełna hemoliza w odczynie właściwym lub powstrzymanie tego samego stopnia, co w odpowiadających kontrolach.

2. *Wątpliwy* (±): nieznaczne powstrzymanie hemolizy w odczynie właściwym w dawce dopełniacza 0,15, ewentualnie silniejsze cokolwiek jak w odpowiadającej kontroli.

3. *Zaznaczony* (+): wyraźne powstrzymanie hemolizy w pierwszej dawce dopełniacza (0.15).

4. *Dodatni* (+): zupełne powstrzymanie hemolizy w obu pierwszych dawkach dopełniacza, ewentualnie częściowe we wszystkich dawkach.

5. *Silnie dodatni* (++): zupełne powstrzymanie hemolizy we wszystkich dawkach dopełniacza, przy braku powstrzymania w kontroli surowicy.

Jak wiadomo technika Calmette-Massola zmusza nas do uwzględnienia, dla odczytywania wyniku próby właściwej, ewentualnego powstrzymania hemolizy w kontrolach wywoływacza i surowicy. Wynik próby właściwej odczytuje się od tej najmniejszej dawki dopełniacza, która w obu kontrolach dała zupełną hemolizę. Metoda ta więc pozwala nam na użycie najmniejszych jeszcze wystarczających dawek dopełniacza, stąd jej czułość przy zachowanej swoistości.

W ocenach naszych klinicznych wynik wątpliwy uważaliśmy za ujemny, wyniki dodatnie i silnie dodatnie ujmowaliśmy dla przejrzystości zestawień w jedną wspólną grupę dodatnią.

II.

Badania nasze obejmują narazie 99 przypadków, z tego: 60 wrzodu miękkiego bez — lub z powikłaniami; 39 przypadków kontrolnych.

Materjał nasz obejmuje samych mężczyzn, kobietę badaliśmy zaledwie jedną z niepowikłanym, przymieszkowym wrzodem miękkim.

Prób serologicznych wykonaliśmy ogółem 151, ponieważ u dużej części chorych próby 2 — 3 — a nawet 4-krotnie ponawialiśmy.

Jak na wstępie wspomniano Carvalho stwierdził w 12 przypadkach słabe powstrzymanie hemolizy używając wywoływacza, sporządzonego z pałeczek Ducrey'a; jednakże równocześnie i odczyn Wasermanna był u tych samych chorych silnie dodatni. Saelhof zaś wykazał, że w takich schorzeniach, jak rzeżączka, kiła, gruźlica i t. d. mogą występować nieswoiste odczyny. Ponadto — jak wiadomo — Bruck podał, że czasem przy wrzodzie miękkim, zwłaszcza powikłanym dymienicą występuje słabo dodatni odczyn Wassermanna mimo, że niema równoczesnego zakażenia kiłą.

Chodziło nam więc o stwierdzenie tego, że istotę odczynu B. G. przy wrzodzie miękkim stanowią nie zmiany w układzie koloidalnym białek surowicy krwi, lecz obecność swoistych oddziaływaczy, wiążących dopełniacz. Fakt ten stwierdziliśmy też, zaczem świadczy to, że odczyny Wassermanna i Sachs-Georgi'ego wykonywane przez nas z krwią każdego chorego na wrzód miękki, u którego kiłę można było wykluczyć — wypadały stale ujemnie, bez względu na to, czy odczyn B. G.[1]) z wywoływaczem, sporządzonym z pałeczki Ducrey'a wypadał ujemnie czy dodatnio. I odwrotnie chorzy na kiłę nie dali nam nigdy dodatniego wyniku odczynu wiązania dopełniacza z wywoływaczem „Dmelcos“. Jeżeli w jakimś przypadku odczyn Wassermanna wypadł dodatnio, tam napewne okazało się potem, że mamy do czynienia z zakażeniem mieszanem.

Przypadków kontrolnych przebadaliśmy 39, a mianowicie:

3 zupełnie zdrowych,

3 chorych na ostre rzeż. zapalenie przyjądrza,

1 chorego na ostre nierzeż. zapalenie przyjądrza (na tle nierzeżączkowych drobnoustrojów nieżytowych cewki),

1 chorego na ostre rzeż. zapalenie cewki przedniej i tylnej,

1 chorą na ostre rzeż. zapalenie sromu i pochwy *(vulvovaginitis gon. ac.)*,

8 chorych na rozmaite schorzenia skóry *(Prurigo Hutchinson, Favus, Eczema, Psoriasis)*.

15 chorych na toczeń żrący *(Lupus vulg.)*,

7 chorych na kiłę świeżą lub nawrotową, z silnie dodatnim odczynem Wassermanna i Sachs-Georgi'ego (OW +++ SG +++).

Razem: 39 przypadków kontrolnych.

Z żadną z surowic osób wyżej wymienionych nigdy nie otrzymaliśmy wyniku dodatniego lub choćby tylko zaznaczonego; zawsze wynik całkowicie ujemny. Możemy więc stwierdzić, że odczyn wiązania dopełniacza z wywoływaczem, sporządzonym z pałeczek łańcuszkowych Ducrey'a nie występuje u ludzi zdrowych ani u osób z innemi schorzeniami. Także jest niewątpliwem, że zmiany we krwi typu kiłowego nie mają najmniejszego wpływu na odczyn B. G. z wywoływaczem „Dmelcos“. Oczywiście zastrzegamy się, że materjał nasz jest narazie małym i że w przyszłości, w dalszym ciągu naszych badań nie omieszkamy prób kontrolnych przeprowadzić na większej ilości przypadków. W każdym razie początkowe nasze badania przedstawiają się bardzo zachęcająco i dowodzą swoistości odczynu, będącego tematem naszych dociekań.

Jak poprzednio wspomniano zarówno w każdym przypadku kontrolnym jak i u chorych z wrzodem miękkim obok odczynu wiązania dopełniacza z wywoływaczem, sporządzonym z pałeczek Ducrey'a — przeprowadzaliśmy równocześnie badanie krwi metodą Wassermanna i Sachs-Georgi'ego. Poza tem z przeważną częścią surowic wykonywaliśmy także w zakresie własnym odczyn B. G. z wywoływaczem rzeżączkowym *(Gonargin E.-st.)*, również metodą Calmette-Massola. Otóż przekonaliśmy się, że oba te odczyny nie mają żadnego wpływu na siebie, że silnie dodatni odczyn rzeżączkowy stwierdzony u 5 chorych kontrolnych (z zapaleniem rzeż. przyjądrza, cewki tylnej oraz sromu i pochwy) występuje równocześnie z ujemnym odczynem z wywoływaczem „Dmelcos“ i odwrotnie.

Jeśli odczyn B. G. z wywoływaczem, sporządzonym z pałeczek Ducrey'a był u chorych na wrzód miękki dodatni, to wówczas ta sama surowica z wywoływaczem rzeżączkowym oddziaływała zupełnie ujemnie.

[1]) B. G. = odczyn wiązania dopełniacza Bordet-Gengou.

Tylko u 3 chorych z dymienicą zdarzyło się, że obok dodatniego odczynu B. G. z wywoływaczem „Dmelcos" wypadł równocześnie tenże odczyn z wywoływaczem rzeżączkowym jako zaznaczony (+) i to dwukrotnie w odstępie kilkunastudniowym. Dwaj z nich przyznali, że przeszli przed niedawnym czasem ostrą rzeżączkę; natomiast u trzeciego ani klinicznie, ani bakterjologicznie, ani wreszcie w wywiadach rzeżączki stwierdzić nie można było. Jest to jedyny przypadek, w którym obok dodatniego odczynu wiązania dopełniacza z wywoływaczem, sporządzonym z pałeczek łańcuszkowych D u c r e y 'a istniał równocześnie zaznaczony odczyn z wywoływaczem rzeżączkowym bez żadnego stwierdzalnego uzasadnienia. Nie jest jednak wykluczonem, że chory ten przecież rzeżączkę niedawno przeszedł i wyleczył się z niej, do czego przed nami przyznać się nie chciał.

Wracając do przypadków kontrolnych możemy jeszcze raz stwierdzić, że w pełnych 100% otrzymaliśmy wynik całkowicie ujemny. Tak więc odczyn wiązania dopełniacza z wywoływaczem, sporządzonym z pałeczek D u c r e y 'a jest dla wrzodu miękkiego i jego powikłań na pewne swoistym i nigdy nam się nie zdarzyło, żeby był on dodatnim lub choćby nawet tylko zaznaczony u ludzi, wrzodem miękkim niezakażonych.

III.

Przystępujemy do omawiania wyników, jakie otrzymaliśmy u chorych z wrzodem miękkim. Materjał nasz dzielimy zasadniczo na dwie grupy:

1) chorzy nieleczeni szczepionką swoistą,

2) chorzy leczeni szczepionką swoistą (wstrzykiwaniami dożylnemi w dawkach po 25—50—100—150 i 200 mil. zabitych drobnoustrojów).

Jak się później okaże podział ten jest uzasadnionym i przy ocenie wyników odgrywa pierwszorzędną rolę.

Na 28 chorych grupy I-ej stwierdziliśmy:

odczyn dodatni lub silnie dodatni u 6-ciu, tj. w 21.4%,

odczyn zaznaczony u 3-ch, t. j. w 10.7%;

odczyn ujemny u 19-tu, t. j. w 67.9%.

U chorych na wrzód miękki niepowikłany pobieraliśmy krew do badania najmniej w 12—15 dni po zakażeniu, u chorych na wrzód powikłany (dymienica) — w 10—12 dniu trwania dymienicy.

Tak więc zaledwie w 32.1%, a więc mniej więcej w 1/3 wszystkich przypadków otrzymaliśmy wynik dodatni lub zaznaczony, zaś w pozostałych 2/3 ujemny. Są to liczby, które nie bardzo pochlebnie świadczą o czułości odczynu.

U wspomnianych chorych, szczepionką nieleczonych, kliniczny obraz przedstawiał się następująco:

1) wrzód miękki niepowikłany — chorych 14-tu:

wynik dodatni otrzymaliśmy u 2, wynik zaznaczony u 2 t. j. 28.5%; wynik ujemny otrzymaliśmy u 10, t. j. 71.5%;

2) dymienica — chorych 14-tu:

wynik dodatni otrzymaliśmy u 4, wynik zaznaczony otrzymaliśmy u 1, t. j. 35.7%; wynik ujemny otrzymaliśmy u 9, t. j. w 64.3%.

Pomiędzy chorymi z wrzodem miękkim niepowikłanym było 2 z wrzodem o charakterze żracym *(Ulc. phagedenicum)*, u obu otrzymaliśmy wynik ujemny. Podobnie u obu chorych na wrzód miękki zgorzelinowy *(Ulcus molle gangr.)* otrzymaliśmy przed zaczęciem leczenia — wynik ujemny.

Jeśli porównamy wyniki, uzyskane u chorych z dymienicą z wynikami u chorych z wrzodem miękkim niepowikłanym — zobaczymy, że przecież istnieje tu pewna, choć niezbyt wyraźna różnica: i częściej i silniej oddziaływa dodatnio z wywoływaczem swoistym surowica chorych z dymienicą. Czy na większym materjale potwierdzi się to spostrzeżenie — wykażą dalsze badania.

W grupie II-ej, t. j. chorych leczonych szczepionką swoistą („Dmelcos") wyniki dodatnie otrzymaliśmy znacznie częściej. Na 32 chorych tej grupy otrzymaliśmy wynik dodatni lub silnie dodatni u 14, t. j. 43.8%, wynik zaznaczony u 1-go, t. j. 3.1%, wynik ujemny u 17-tu, t. j. 53.1%. Tak więc nieomal w połowie wszystkich przypadków otrzymaliśmy wynik dodatni lub zaznaczony. Co do zmian klinicznych to u 11 z tych chorych istniał wrzód miękki niepowikłany, u pozostałych 21 — dymienica. Nie mogliśmy stwierdzić, aby z pośród chorych leczonych szczepionką występował odczyn dodatni częściej u tych, którzy mieli dymienicę, niż u tych z wrzodem miękkim niepowikłanym. Przekonaliśmy się, że odgrywa tu rolę nie postać kliniczna zmian chorobowych, lecz ilość wstrzyknięć szczepionki. Chorzy nasi byli badani w różnych okresach leczenia swoistego: po 1—2—3 i 5-ciu wstrzyknięciach. U niektórych mogliśmy badać krew kilka razy w czasie leczenia, inni się na to nie godzili.

Na 11 chorych, którzy otrzymali tylko jedno wstrzyknięcie szczepionki, u 10-ciu surowica oddziaływała ujemnie, a zaledwie tylko u jednego — dodatnio (badani byli wszyscy w 10—15 dni po wstrzyknięciu). Na 6 chorych, którzy otrzymali po 2 wstrzyknięcia szczepionki u 4 otrzymaliśmy odczyn ujemny, u jednego zaznaczony, u jednego dodatni. Zaś na 7 chorych, którzy otrzymali po 5 wstrzyknięć szczepionki, u 6 surowica oddziaływała dodatnio i to przeważnie silnie dodatnio, a tylko u jednego ujemnie. Na zestawieniu tem widzimy, że w miarę dłuższego leczenia szczepionką swoistą wzrasta i ilość odczynów dodatnich. Przekonaliśmy się o tem ponawiając u kilku chorych, leczonych szczepionką, badania krwi.

Przeważnie do powstrzymania hemolizy przychodziło stopniowo, jak to wykazuje poniższe zestawienie. (tabl. II).

Z tablicy tej widzimy, że w miarę leczenia szczepionką wzrasta i ilość wyników dodatnich, że po 4-tem wstrzyknięciu wynik bywa przeważnie dodatni. Lecz nie jest to regułą, o czem świadczy fakt, że u dwu chorych nawet po 4-tem, u jednego nawet po 5-tem wstrzyknięciu wynik był przecież ujemny.

W przyszłości spróbujemy podawać małe dawki szczepionki ludziom zdrowym lub chorym na inne schorzenia, aby przekonać się, czy surowica ich będzie wiązać dopełniacz z wywoływaczem, sporządzonym z pałeczek D u c r e y 'a. Przypuszczamy, że sprawa przedstawi się tu zupełnie tak samo, jak przy szczepionce rzeżączkowej, a więc że otrzymamy wyniki dodatnie. Narazie możemy przedstawić tu tylko jedno takie spostrzeżenie: oto został przyjęty na klinikę chory z niezwykle uporczywem rzeżączkowem zapaleniem obu przyjądrzy, opornem na wszelkie możliwe leczenie a więc na leczenie szczepionką rzeżączkową, terpentyną, mlekiem, aolanem i propidonem. Ponieważ jeden z nas przeprowadzając badania nad wartością leczniczą szczepionki „Dmelcos" zastosował ją już poprzednio z bardzo dobrym wynikiem u dwu chorych z rzeżączkowem zapaleniem przyjądrza, przeto i tego chorego poddaliśmy temu samemu leczeniu. Przedtem przeprowadziliśmy u niego szczegółowe badania serologiczne i otrzymaliśmy wyniki: odczyn Wassermanna —, Sachs-Georgi'ego —, odczyn B. G. z wywoływaczem rzeżączkowym *(Gonargin E. st.)* silnie dodatni, z wywoływaczem „Dmelcos" ujemny. W 5 dni po pierwszem wstrzyknięciu szczepionki N i c o l l e 'a w ilości 25 mil. odczyn wiązania dopełniacza z wywoływaczem „Dmelcos" był już dodatni, zaś po drugiem wstrzyknięciu w tej samej dawce silnie dodatni (++). I takim utrzymał się jeszcze w 6 tygodni po ostatniem, t. j. 6-tem wstrzyknięciu.

Tablica II.

L. prot.	L. p.	Rozpoznanie	przed zastosowaniem szczepionki	Wyniki odczynu B. G. po 1-em wstrzyknięciu szczepionki „Dmelcos"	po 2-em	po 3-em	po 4 tem	po 5-tem
9	1	Bubo ing.	—	nie badano	—	nie badano	+	
10	2	Bubo ing. Phimosis infl.	—	nie badano	±	nie badano	±	+
43	3	Ulcus molle elevatum	nie badano	nie badano	—	nie badano	+	
57	4	Bubo ing.	—	+	nie badano	++		
50	5	Bubo ing.	—	nie badano	nie badano	±	+	
61	6	Bubo ing	—	±	±	nie badano	nie badano	++

Tak więc zarówno to spostrzeżenie, jak i przytoczone poprzednio dowodzą, że dożylne wstrzykiwanie szczepionki Nicolle'a prowadzi przeważnie do dodatniego odczynu wiązania dopełniacza z tą samą szczepionką jako wywoływaczem.

Obserwując wszystkich naszych chorych staraliśmy się stwierdzić, czy istnieje jakiś związek między dodatnim odczynem B. G., a przebiegiem schorzenia i rokowaniem, oraz wynikami leczniczemi, uzyskanemi swoistą szczepionką. Jednakże mimo najdokładniejszych obserwacyj w czasie trwania leczenia, a częstokroć i w kilka tygodni po jego ukończeniu — nie mogliśmy dojść do żadnych wniosków. N. p. szczepionka działała zarówno korzystnie u tych chorych, u których szybko odczyn przechodził w dodatni, jak i u tych, którzy mimo kilku wstrzyknięć stale mieli odczyn ujemny. Także i rokowanie na podstawie wyniku serologicznego — jeśli idzie o przypadki nieleczone swoiście — jest niemożliwe: dymienice spotykaliśmy zarówno u tych chorych, u których odczyn w okresie wrzodu jeszcze niepowikłanego był ujemny, jak i u tych, u których był dodatni. Wreszcie nie mogliśmy narazie oznaczyć, ani w jaki czas po zakażeniu odczyn staje się dodatnim, ani też jak długo się utrzymuje. Odnośne badania jeszcze przeprowadzimy.

Narazie możemy więc stwierdzić, że znaczenia klinicznego odczyn B. G. nie ma żadnego. Wynik ujemny nie dowodzi braku zakażenia pałeczką Ducrey'a, zaś dodatni jest dla rozpoznania — jak na wstępie wspomnieliśmy — niepotrzebny, choć jego swoistość jest niezaprzeczona. Wszak rozpoznanie wrzodu miękkiego i dymienicy za bardzo nielicznemi wyjątkami jest rzeczą tak prostą i łatwą, że nie potrzeba się uciekać do żmudnych badań serologicznych. Pewną wartość mógłby mieć odczyn dla rokowania — czego narazie wykazać nie mogliśmy — oraz wartość teoretyczną, jeśli chodzi o wykazanie ciał odpornościowych u chorych z wrzodem miękkim. Jednakże ocena wyników napotyka na trudności z tego przedewszystkiem powodu, że materjał nasz jest zbyt małym. W każdym razie już teraz możemy stwierdzić szereg faktów, które zdają się nie ulegać żadnej wątpliwości.

Przedewszystkiem więc stwierdzenie bezwzględnej swoistości odczynu — o czem była mowa poprzednio, — częstsze występowanie dodatnich wyników przy powikłaniach (dymienica) oraz po zastosowaniu szczepionki swoistej naprowadza nas na przypuszczenie, że mamy tu do czynienia z wytwarzaniem się swoistych ciał odpornościowych, podobnie jak w rzeżączce. I tam również widzimy że sprawa chorobowa, tocząca się na powierzchni błony śluzowej, niepowikłana — daje stosunkowo rzadziej dodatni odczyn wiązania dopełniacza. Dopiero powikłania, zwłaszcza te, które tworzą ogniska zamknięte *(Prostatitis, Arthritis, Epididymitis)* — jak to już dawno wykazał Lenartowicz — zwiększają możliwość wsysania zarazków, względnie ich produktów rozpadu, mających własności wywoławcze, a co za tem idzie do wytwarzania się w ustroju oddziaływaczy i do dodatniego odczynu wiązania dopełniacza. Podobnie miałaby się rzecz i przy wrzodzie miękkim: jak długo istnieją tylko owrzodzenia, resorbcja zarazka, względnie jego produktów rozpadu o własnościach wywoławczych (antygenowych) albo zgoła nie istnieje, albo w tak znikomym stopniu, że do wytwarzania się swoistych oddziaływaczy niema dostatecznego bodźca. W powikłaniach — głównie chodzi tu o dymienicę — mamy wszelkie dane na to, że cały ustrój będzie usiłował przeciwdziałać zarazkom i ich produktom rozpadu. Dlaczego jednak w jednych przypadkach dymienicy (mówimy o nieleczonych szczepionką swoistą) mamy odczyn dodatni zaś w innych ujemny — na to wytłumaczenia narazie znaleść nie umiemy. Być może, że zjawisko to dałoby się uzasadnić teorją o dymienicach wirulentnych symptomatycznych (Ricord), bakteryjnych (Lipschütz) z jednej strony, a znowu awirulentnych, sympatycznych (Ricord), jałowych (Lipschütz) z drugiej strony. Należałoby obecnie badać dymienice pod względem bakterjologicznym a równocześnie przeprowadzać serologiczne badania krwi tychże chorych, a być może, że tu znajdziemy jakiś klucz do rozwiązania zagadki. Nie jest także wykluczonem, że brak swoistych ciał odpornościowych u niektórych chorych na dymienicę można tłumaczyć leniwem oddziaływaniem ustroju.

Że dodatni odczyn wiązania dopełniacza dowodzi istnienia pewnych ciał odpornościowych, zatem przemawiałyby również wyniki, uzyskane u chorych leczonych swoistą szczepionką. I znowu znajdujemy tu dużą analogię do zachowania się odczynu B. G. w rzeżączce: wszak i tam podawanie szczepionki prowadzi z reguły do dodatniego odczynu wiązania dopełniacza. Nie umiemy sobie tylko wytłumaczyć, dlaczego u chorych z wrzodem miękkim nawet powikłanym — nie zawsze prowadzi leczenie szczepionką swoistą do dodatniego odczynu serologicznego, dlaczego zdarzają się przecież przypadki, w których mimo kilkakrotnego zastrzykiwania szczepionki z silnym odczynem ogólnym za każdym razem i bardzo dobrym wynikiem leczniczym — przecież odczyn wiązania dopełniacza bywa zupełnie ujemny, nawet niezaznaczony.

Na te wszystkie wątpliwości mielibyśmy narazie jedno tylko wytłumaczenie, a mianowicie to, że wywoływacz, którego używaliśmy, jest nieodpowiedni, a mianowicie za słaby. Wyniki, jakie nim uzyskaliśmy są niezaprzeczenie swoiste; jednakże nie jest wykluczone, że przy użyciu silniejszych wywoływaczy wyniki mogłyby być również swoiste, lecz równocześnie znacznie czulsze. Sprawą wywoływacza zajmiemy się w dalszym ciągu naszych badań, a wówczas być może otrzymamy odpowiedź na szereg zagadnień, na które narazie nie mamy wytłumaczenia.

Wnioski:

1) Badaliśmy 60 chorych na wrzód miękki, zaś 39 z innemi schorzeniami lub zdrowych.

2) Przy użyciu zmienionej metody Calmette-Massola z „Dmelcosem", jako wywoływaczem, uzyskaliśmy wyniki ściśle dla wrzodu miękkiego swoiste. U ludzi niezakażonych wrzodem miękkim, zdrowych lub chorych na kiłę, rzeżączkę, choroby skóry — wyniki odczynu wiązania dopełniacza były stale ujemne.

3) Ani dodatni odczyn Wassermanna, ani dodatni odczyn B. G. z wywoływaczem rzeżączkowym nie mają wpływu na odczyn wiązania dopełniacza z „Dmelcosem", jako wywoływaczem, oraz odwrotnie.

4) W grupie chorych na wrzód miękki, nieleczonych szczepionką swoistą Nicolle-Durand'a otrzymaliśmy wynik dodatni (+) lub zaznaczony (+) w 1/3 przypadków, u chorych szczepionką tą leczonych takiż wynik w połowie wszystkich przypadków.

5) Surowica chorych z dymienicą oddziaływa dodatnio z wywoływaczem swoistym i częściej i silniej, niż u chorych z wrzodem miękkim niepowikłanym.

6) Wedle wszelkiego prawdopodobieństwa odczyn dodatni dowodzi istnienia oddziaływaczy (odpornościowych) swoistych, które powstały na skutek wywoławczego (antygenowego) działania pałeczek łańcuszkowych Ducrey'a, lub ich produktów rozpadu, posiadających własności wywoławcze. Istnieje duże podobieństwo do zmian, jakie zachodzą w surowicy chorych na rzeżączkę, zwłaszcza powikłaną lub u osób leczonych szczepionką rzeżączkową.

7) W miarę leczenia szczepionką swoistą odczyn wiązania dopełniacza z ujemnego przechodzi w dodatni: po 4 — lub 5 wstrzyknięciach „Dmelcosu" wynik bywa dodatni lub zaznaczony. Jednakże zdarza się, że mimo 4, a nawet 5 wstrzyknięć szczepionki odczyn serologiczny pozostaje ujemnym, co nie ma wpływu na wynik leczenia swoistego.

8) Odczyn nie ma narazie żadnego znaczenia klinicznego ani dla rozpoznania, ani dla rokowania.

9) Wywoływacz, którego używaliśmy (Dmelcos) jest prawdopodobnie za słaby, przeto odczyn przy zupełnej swoistości jest za mało czuły.

* * *

Panom: Adjunktowi Kliniki Ś. p. D-rowi Mieczysławowi Andruszewskiemu i Prym. D-rowi Stanisławowi Ostrowskiemu za uczynne dostarczenie nam cennego materjału, oraz Asyst. Państw. Zakł. Higjeny we Lwowie D-rowi Edmundowi Mikulaszkowi za wykonywanie prób Bordet-Wassermanna — serdecznie na tem miejscu dziękujemy.

Piśmiennictwo:

1) Lenartowicz: Derm. Wochenschr. 55 (1912) — 2) Tetsuta-Ito: Arch. f. Derm. 116, 1913. — 3) Reenstierna: Ibidem 147, 1924. — 4) Saelhof: Zbltt. f. H. u. G. 21. 1926. — 5) Miravend-Quiroga-Sosa: Cpt. rend. des séances de la soc. de biol. 95, 1926. — 6) Carvalho: Ibidem 97, 1927. — 7) Nicolau-Banciu: Clin. dermato-syphil. univ. Bucarest. Réunion derm. de Strassburg 1928. — 8) Stein: Handb. der path. Mikroorg. 1928. — 9) Fleury: Gaz. Hôp. 1929. II. — 10) Kwiatkowski-Legeżyński: Przegl. Dermat. Nr. 2. 1929 i Arch. f. Dermat. 157. 1929. — 11) Kwiatkowski: Pol. Gaz. lek. 1931, 9 i 10.

H. SCHEURING. Lwów.

Wpływ zmian w krążeniu limfy na przebieg chirurgicznego leczenia gruźlicy płuc.

Z Instytutu farmakologji doświadczalnej U. J. K. we Lwowie.
Dyr.: Prof. Dr. W. Koskowski.

„Leczenie ciężkiej, jednostronnej gruźlicy płuc, zapomocą sztucznej aseptycznej odmy, jest metodą leczniczą, która została podpatrzona przyrodzie" (v. Muralt).

Zdanie to jest najwyższą pochwałą, jaką można wyrazić metodzie. Dzisiaj, po blisko 40-letniem doświadczeniu, wiemy, że pochwała ta jest zupełnie zasłużona.

Na czem więc polega to tak niezmiernie korzystne działanie odmy?

Chcąc odpowiedzieć na to pytanie, musimy rozróżnić dwa rodzaje korzystnego wpływu odmy: jeden, to działanie natychmiastowe niejako, zaznaczające się czasem po kilku czy kilkunastu godzinach, często po kilku dniach, a prawie zawsze, o ile odma jest dostateczna, po kilku tygodniach, a mianowicie ustąpienie objawów toksycznych (gorączka, poty nocne, przyśpieszona czynność serca zaburzenia w trawieniu i t. d.) i drugi to oddziaływanie odmy na dłuższą metę, objawiające się rzadko po miesiącach, zwykle po latach, a mianowicie korzystny wpływ odmy na procesy rozrostu tkanki łącznej, prowadzące do zbliznowacenia i usunięcia, względnie otorbienia i wyłączenia w ten sposób ognisk gruźliczych z ustroju.

Obydwa te rodzaje działania odmy na płuco gruźlicze, jakkolwiek różne w czasie, są jednak tak związane ze sobą, że wystąpienie drugiego nie da się pomyśleć bez istnienia pierwszego, innemi słowy, wzmożenia się procesów bliznowacenia, bez ustąpienia objawów toksycznych nie spotykamy i trudno nawet przypuścić taką możliwość. Dowodem na to jest znany fakt natychmiastowego powrotu objawów toksycznych, a równocześnie pogorszenia się procesu w płucach, po przedwczesnem rozpuszczeniu odmy.

Ustąpienie więc zatrucia ustroju jest pierwszym wynikiem działania odmy, który zarazem umożliwia dalsze, korzystne przemiany w płucu chorem. Jest więc rzeczą wysoce interesującą, jaki jest mechanizm tego zasadniczego działania odmy.

Poglądy na sposób działania odmy są dosyć zgodne, a różnią się pomiędzy sobą tylko znaczeniem które poszczególni autorowie przypisują tym lub owym czynnikom, działającym przy leczeniu odmą. Poglądy te ujął Brauer w swoim wykładzie na kongresie przeciwgruźliczym w Rzymie w r. 1928 w następujący sposób: (cyt. wedł. Nikola).

Odma działa:

I. Mechanicznie przez:

1) wsparcie istniejącej skłonności do bliznowacenia,

2) zmniejszenie ognisk rozpadu (wskutek odprężenia płuca),

3) odcięcie ew. drogi zakażenia przez oskrzela i drogi limfatyczne.

II. Fizjologicznie przez:

1) Zmniejszenie przepływu krwi przez płuco, przy równoczesnem przekrwieniu,

2) zmniejszenie krążenia limfy (zastój limfy), któreto dwa czynniki powodują:

a) odgraniczenie (demarkację) ognisk

b) pobudzają do bujania tkankę łączną i w ten sposób powodują zmianę procesów wysiękowych na wytwórcze,

c) ułatwiają odpluwanie.

W dalszym ciągu dodaje Nikol: zapad płuca eliminuje główny magazyn jadu z ustroju i dlatego działa ożywiająco na siły odporne organizmu. Na to zwrócił uwagę już w r. 1921 Jessen, a w r. 1925 Szczepański i przypisywali temu czynnikowi duże, jednak nie tak wielkie, jak na to zasługuje znaczenie.

Innemi słowy: ognisko gruźlicze w płucach produkuje stale jad, który zatruwa ustrój i zmniejsza jego siły odporne, a przez to znowu stwarza dogodne warunki rozwoju ogniska. Odma wskutek odcięcia dopływu jadu do krwiobiegu, przerywa to fatalne błędne koło i przez to umożliwia ustrojowi skuteczne zwalczanie ogniska gruźliczego.

Zachodzi tylko pytanie, którędy odbywa się dopływ jadu do krwiobiegu. Dwie tylko drogi są możliwe, t. j. krwionośna i limfatyczna. Pierwszą można wykluczyć zwykłem rozumowaniem: założenie sztucznej odmy powoduje zupełne ustąpienie objawów toksycznych, gdyby więc jady były transportowane drogą krwi, wynik taki świadczyłby o zupełnem zamknięciu odpływu krwi, czyli o ustaniu krążenia, co jednak musiałoby pociągnąć za sobą martwicę płuca; zwolnienie zaś tylko prądu krwi w płucu chorem nie spowodowałoby zupełnego ustąpienia objawów toksycznych, lecz najwyżej mniej lub więcej wybitne ich zmniejszenie. Z tego wynika, że jady gruźlicze dostają się do krążenia tylko drogą naczyń limfatycznych.

To znaczenie krążenia limfy podnosi już wielu autorów, były też już wykonywane doświadczenia celem udowodnienia tego, jak np. prace nad doświadczalną pylicą płuc, które wykazały, że pylica jest większa w płucu uciśniętem odmą z powodu zwolnienia prądu limfy, mimo iż wskutek odmy, czynność oddechowa płuca jest mniejsza niż normalnie (Ciechanowski).

Tak więc wpływ zmian w krążeniu limfy na chirurgiczne leczenie gruźlicy płuc był teoretycznie uzasadniony, ogólnie uznany, jednak doświadczalnie zamało wyraźnie udowodniony i przez to, mojem zdaniem, niedoceniony.

Chcąc wypełnić tę lukę, a zarazem przekonać się jakie miejsce wyznaczyć zmianom w krążeniu limfy, wobec innych, działających w chirurgicznem leczeniu gruźlicy płuc, czynników, przeprowadziłem następujące doświadczenia:

Na zwierzęta doświadczalne wybrałem króliki, ponieważ u nich obie jamy opłucnowe są od siebie oddzielone, podczas gdy u innych większych zwierząt laboratoryjnych, zwłaszcza u psów, szczególnie starszych, istnieją pomiędzy niemi komunikacje, które uniemożliwiają założenie odmy jednostronnej (Tsuoda i Hiroshi). Doświadczenia swoje wykonywałem w ten sposób, że przez ścianę klatki piersiowej wstrzykiwałem wprost do miąższu płuc zawiesinę tuszu w fizjologicznym roztworze NaCl oraz tak samo sporządzony roztwór karminu *(Lithion-carmin* Grüblera). W ten sposób zakładałem sztuczne, łatwo dające się obserwować makroskopowo ogniska. Odmy samoistnej, mimo nakłuwania opłucnej i miąższu płucnego, nie zaobserwowałem ani razu. Fizjologicznego roztworu NaCl używałem d'atego, aby jak najmniej drażnić tkanki i w ten sposób uzyskać warunki jak najbardziej zbliżone do fizjologicznych. Następnie, na niektórych w ten sposób przygotowanych płucach, zakładałem odmę, niektóre zaś obserwowałem bez niej. Odmę zakładałem specjalnie do tego celu sporządzonym aparatem w którym wszystkie rurki oraz manometr miały możliwie najmniejsze światło, aby w ten sposób możliwie jak najbardziej zmniejszyć przestrzeń szkodliwą, co ze względu na małą pojemność jamy opłucnowej królików wydało mi się bardzo pożądanem. Odmę zapisuję w protokołach w ten sposób, że pierwsze liczby oznaczają ciśnienie opłucnowe przed zabiegiem, wyrażone w cm słupa wody, liczba w klamrze — ilość cm^3 wpuszczonego powietrza, cyfry zaś końcowe — ciśnienie opłucnowe po wpuszczeniu gazu. Po ukończeniu doświadczenia, przed otwarciem klatki piersiowej i wyjęciem jej narządów, podwiązywałem zawsze tchawicę aby przeciwdziałać występującemu przy otwarciu jam opłucnowych zapadowi płuc i w ten sposób umożliwić ocenę zapadu płuca uciśniętego odmą. Zwierzęta zabijałem początkowo przez skrwawienie, później, aby uniknąć zbyt długiej agonji i występującego przy tym rodzaju śmierci nasilenia końcowych oddechów, przez uszkodzenie rdzenia przedłużonego, co powoduje znacznie szybszą i prawie bez agonji śmierć zwierzęcia. Niektórym królikom wstrzykiwałem zamiast wyżej przytoczonych roztworów, względnie zawiesin, zawiesinę węgla *(carbo animalis Merck)* i karminu w płynnej parafinie, chcąc w ten sposób utrudnić usunięcie tej zawiesiny z płuca. Doświadczenia te jednak nie dały interesujących wyników, ponieważ parafina przy wstrzykiwaniu rozpychała i niszczyła otaczającą tkankę płucną.

Poniżej przedstawiam protokoły tych doświadczeń.

Królik Nr. 1. Założono ogniska z 0.05 cm^3 tuszu w obu dolnych płatach, najpierw po stronie prawej, następnie po lewej, a natychmiast potem założono po stronie lewej odmę: — 1 — $1^1/_2$ (20) — — $^3/_4$ ± 0.

Po $1^1/_2$ godz. królik zabity przez skrwawienie.

Po wyjęciu narządów klatki piersiowej stwierdzono: płuco lewe wyraźnie uciśnięte, jednak powietrzne. Na dolnej (przeponowej) powierzchni płata dolnego czarna plama tuszu, leżąca w miąższu pod opłucną i zajmująca dużą część powierzchni płata (około $^1/_4$). Na przekroju płuca duża plama barwika zajmująca ponad połowę powierzchni przekroju, dochodząca częściowo aż do opłucnej, natomiast wyraźnie oddzielona od okolicy wnęki szerokim pasem niezabarwionej tkanki. Na płucu prawem nie stwierdzono makroskopowo żadnych śladów tuszu. Również w ścianie klatki piersiowej, ani w jamie opłucnowej, ani w narządach otaczających śladów tuszu nie stwierdzono.

Królik Nr. 2. Założono ogniska z 0.05 cm^3 tuszu w obu płatach dolnych, najpierw po stronie prawej, potem po lewej, a natychmiast potem założono po stronie lewej odmę: — 1 — $1^1/_2$ (9) — — 1 — $^1/_2$.

Po 24 godzinach zabito zwierzę przez skrwawienie.

Po wyjęciu narządów klatki piersiowej stwierdzono: płuco lewe zapadnięte bardzo nieznacznie. Na stronie grzbietowej płatu

dolnego stwierdza się nieznaczną ciemną smugę, która po nacięciu okazała się żyłą wypełnioną krwią. Na przekroju obu płuc, ani też w sąsiedztwie żadnych śladów barwika nie stwierdzono.

Królik Nr. 3. Założono ognisko 0.05 tuszu po stronie prawej, a w 15 minut później takie samo po stronie lewej i natychmiast potem zabito zwierzę przez skrwawienie.

Po wyjęciu narządów klatki piersiowej nie znaleziono w żadnem płucu, ani na przekroju, ani na powierzchni śladów barwika. Również w sąsiedztwie śladów barwika makroskopowo nie stwierdzono.

Królik Nr. 5. 23. V. założono ognisko z 0.1 cm^3 tuszu po stronie lewej i natychmiast potem odmę: — 1 — $1^{1}/_{2}$ (26) 0 + 1.

24. V. dopełniono odmę: 0 — $^{1}/_{2}$ (16) + $^{1}/_{4}$ + $^{3}/_{4}$.

25. V. dopełniono odmę: — $^{1}/_{4}$ + $^{1}/_{4}$ (10) + $^{1}/_{2}$ + 1.

26. V. Po stronie prawej założono ognisko z zawiesiny węgla zwierzęcego i karminu w płynnej parafinie i natychmiast potem królika zabito przez skrwawienie.

Po wyjęciu narządów klatki piersiowej stwierdzono: płuco lewe uciśnięte w znacznym stopniu. W płacie dolnym widoczne ognisko z tuszu, zajmujące dużą część powierzchni i przekroju płata ułożone względem wnęki jak ognisko u królika Nr. 1. Na płacie średnim płuca prawego widoczne uwypuklające się na powierzchni ognisko z karminu, otoczone wieńcem z pojedyńczych grubych ziarenek węgla. Na przekroju mała jamka, powstała przez rozepchanie tkanki płucnej przez parafinę, otoczona najpierw wąskim pasemkiem węgla, a nazewnątrz od niego szerokim pasem karminu, który odcina się dość ostro od otoczenia.

Królik Nr. 6. 26. V. założono po obu stronach ogniska z zawiesiny węgla zwierzęcego i karminu w płynnej parafinie po 0.02 cm^3, najpierw po stronie prawej, potem po lewej, a natychmiast potem odmę po stronie lewej: — $^{3}/_{4}$ — 1 (30) — $^{1}/_{4}$ + $^{1}/_{2}$.

27. V. zabito zwierzę przez skrwawienie.

Po wyjęciu narządów klatki piersiowej stwierdzono w obu płucach ogniska o strukturze podobnej jak u królika Nr. 5 po stronie prawej. Wybitniejszej różnicy pomiędzy ogniskami obu stron nie można stwierdzić.

Królik Nr. 8. 29. V. założono ogniska z roztworu tuszu i karminu w fizjologicznym roztworze Na Cl po 0.05 cm^3, obustronnie, najpierw po stronie prawej, potem po lewej i natychmiast potem założono odmę po stronie lewej: — $1^{1}/_{2}$ — $^{1}/_{2}$ (38) — $^{1}/_{2}$ ± 0.

30. V. królik zabity przez skrwawienie.

Po wyjęciu narządów klatki piersiowej stwierdzono: płuco lewe dobrze uciśnięte. Sztucznego ogniska ani zewnętrznie ani na przekroju nie stwierdza się. W narządach sąsiednich, w ścianie klatki piersiowej ani w jamach opłucnowych śladów barwika też nie można stwierdzić. W płucu prawem widoczne w płacie górnym tak zewnętrznie jak i na przekroju ognisko barwy fioletowo-czerwonej wielkości na przekroju około 1 groszówki, dość ostro odgraniczone od otoczenia.

Królik Nr. 9. 30. V. założono po obu stronach w dolnych płatach ogniska z roztworu karminu w fizjologicznym roztworze Na Cl, po 0.05 cm^3, najpierw po stronie prawej, później po lewej, a natychmiast potem odmę po stronie lewej: 0 — 2 (40) — $^{1}/_{2}$ + $1^{1}/_{2}$

1. VI. zabity przez uszkodzenie rdzenia przedłużonego.

Po wyjęciu narządów klatki piersiowej stwierdza się: płuco lewe dobrze uciśnięte. Po obu stronach w dolnych płatach płuc widoczne zewnętrznie i na przekrojach, ogniska z karminu wielkości nieco mniejszej niż jednogroszówka, ostro odgraniczone od otoczenia i nie rozlewające się daleko poza miejsce wstrzyknięcia. W płucu prawem nie znaleziono śladów barwika.

Królik Nr. 10. 1. VI. założono w obu dolnych płatach ogniska z tuszu po 0.05 cm^3, najpierw po stronie prawej, potem po lewej i natychmiast potem odmę po stronie lewej: — 1 — $1^{1}/_{2}$ (26) 0 + $^{1}/_{2}$.

2. VI. zabity przez uszkodzenie rdzenia przedłużonego.

Po wyjęciu narządów klatki piersiowej stwierdzono: płuco lewe dobrze zapadnięte. Na płacie dolnym widoczne zewnętrznie i na przekroju ogniska z tuszu o wielkości i rodzaju rozprzestrzenienia się podobnym jak u królika Nr. 1 i 5. W płucu prawem żadnych śladów tuszu ani zewnętrznie ani na przekroju nie stwierdzono. Również w otoczeniu makroskopowo śladów tuszu nie znaleziono.

Królik Nr. 12. 3. VI. założono ogniska z 0.05 cm^3 tuszu po obu stronach w płatach dolnych, najpierw po stronie lewej, potem po prawej, a natychmiast potem po stronie prawej odmę: — $^{1}/_{2}$ — $1^{1}/_{2}$ (40) 0 + $^{1}/_{2}$.

5. VI. królik zabity przez uszkodzenie rdzenia przedłużonego.

Po wyjęciu narządów klatki piersiowej stwierdzono: brak śladów odmy po stronie prawej. Śladów tuszu ani na płucach ani na ich przekrojach, ani też w jamach opłucnowych i w otaczających narządach, makroskopowo nie stwierdzono.

Zanim przystąpię do omówienia tych doświadczeń, muszę wyjaśnić pozorną sprzeczność doświadczenia na króliku Nr. 8 z innemi doświadczeniami. W płucu lewem, dobrze odmą uciśniętem, nie znaleziono śladu barwika, mimo iż ogniska z karminu utrzymują się w płucu nawet bez odmy. Stało się to prawdopodobnie dlatego, że przy wstrzykiwaniu barwika, trafiono przypadkiem do jakiegoś większego naczynia krwionośnego. Tłumaczenie to jest tem prawdopodobniejsze, że także w otaczających narządach śladów barwika nie znaleziono. Doświadczenie to możemy więc uważać za nieudałe.

Z powyżej przytoczonych doświadczeń wynika:

1) Różnica w zachowaniu się zawiesiny tuszu w fizjologicznym roztworze Na Cl a roztworu karminu w takimże roztworze. Tusz zostaje z płuca normalnego natychmiast usunięty, gdy tymczasem roztwór karminu utrzymuje się przez cały czas trwania doświadczenia (w naszych wypadkach do 24 godzin), przyczem nie wykazuje takiej dążności do rozprzestrzeniania się w całym płacie jak tusz.

Wynika to stąd, że karmin (*Lithion-carmin* G r ü b l e r a), jako barwik posiadający wybitne powinowactwo do żywej plazmy, zostaje wychwytany i zatrzymany przez komórki, podczas gdy tusz który tego powinowactwa nie posiada, zostaje z tkanek prądem limfy wypłókany. Ponieważ jednak celem doświadczeń było wykazanie wpływu odmy na krążenie limfatyczne, przeto doświadczenia z karminem nie będą nas na razie bliżej zajmowały.

2) Zawiesina tuszu w fizjologicznym roztworze Na Cl zostaje z prawidłowego płuca usunięta w czasie bardzo krótkim, bo potrzebnym do zabicia (skrwawienia) królika, a więc w ciągu kilku minut, (protokół Nr. 3). Fakt ten wykazuje dostatecznie szybkość krążenia limfy w płucach. Na szybkość krążenia limfy wogóle, wskazują doświadczenia D a n i e l s e n a, który bakterje wstrzyknięte dootrzewnie otrzymywał z przewodu piersiowego już po 10 minutach, a F r o m m e i F r e y w 25 minut po zastrzyku (cyt. wedł. G o r e c k i e g o). Musi się jednak zwrócić uwagę na okoliczności, które w warunkach doświadczalnych przyśpieszają jeszcze ten prąd limfy. Krążenie limfy jest jak wiadomo u królika krążeniem biernem (t. zw. serc limfatycznych u ssaków nie znamy) t. j. zależnem od czynności płuc, czyli ruchów oddechowych przedewszystkiem (C i e c h a n o w s k i), a następnie od ciśnienia w naczyniach limfatycznych, które znowu zależy od szybkości wytwarzania limfy i od ciśnienia ujemnego w żyłach, do których pnie limfatyczne uchodzą. Odgrywają tutaj rolę przedewszystkiem ruchy wdechowe powodujące w wielkich żyłach klatki piersiowej ujemne ciśnienie. Przy śmierci wskutek skrwawienia a więc śmierci z uduszenia, następują przedzgonne nasilone ruchy oddechowe, które przyśpieszają prąd limfy, — równocześnie, wskutek utraty krwi, ciśnienie w pniach żylnych zmniejsza się, przez co wywierają one silniejsze działanie ssące na naczynia limfatyczne. Oba te czynniki razem wydatnie przyśpieszają prąd limfy w płucach i przez to usunięcie roztworu tuszu z miąższu płuc. W każdym razie, gdy nawet uwzględnimy te okoliczności, musimy przyznać, że prąd limfy w płucach jest bardzo szybki, może nawet niewiele ustępujący szybkości krążenia krwi.

3) Odma wywiera wybitny wpływ na zatrzymanie tuszu w miąższu płuc. Jak z protokołów Nr. 1, 5 i 10 wynika, po założeniu skutecznej odmy, tusz pozostawał w płucu i tylko znacznie się rozprzestrzeniał dochodząc na dużej powierzchni do opłucnej, a zatrzymując się natomiast dość daleko od wnęki. Wynika z tego, że przez skuteczną odmę odpływ limfy został zatrzymany i to przez zaciśnięcie naczyń limfatycznych we wnęce. Dla wywołania tego zjawiska odma musi być skuteczna t. j. zapad płuca musi być doprowadzony do tego stopnia, że naczynia limfatyczne we wnęce zostają w rzeczywistości zaciśnięte. Do tego potrzeba pewnego ciśnienia śródopłucnowego, które jak z naszych doświadczeń wynika, przy ciśnieniach końcowych dochodzić musi conajmniej do zera. Jeżeli ten warunek jest spełniony i jeżeli taka odma jest podtrzymywana, to tusz może być nieograniczenie długo zatrzymany w płucu: w naszych doświadczeniach (protokół Nr. 5) do 72 godzin. Jeżeli natomiast odma jest za mała, a ciśnienie opłucnowe za niskie, t. j. wahające się w wartościach ujemnych (protokół Nr. 2) lub też odma jest początkowo dostateczna, ale nie jest podtrzymywana (protokół Nr. 12), ucisk na naczynia limfatyczne jest we wnęce albo odrazu za mały lub też zostaje wskutek resorbcji gazu z jamy opłucnowej rozluźniony, i tusz zostaje z tkanki płucnej prądem limfy wypłókany.

Okoliczność, że już ciśnienie opłucnowe, wahające się w okolicy zera wystarczy do dostatecznego zaciśnienia naczyń limfatycznych we wnęce, wyjaśnia nam stosunek sił działających na miąższ płucny. Przedewszystkiem musimy tu wziąć pod uwagę

sprężystość tkanki płucnej, która dąży stale do ściągnięcia całego płuca i zebrania go na samej wnęce. Tej sile przeciwdziała ciśnienie atmosferyczne, działające przez tchawicę i oskrzela na pęcherzyki płucne, a więc od wewnątrz. Wypadkową tych obu sił jest stan prawidłowy płuca, t. j. gdy płuco jest tak rozprężone, iż zajmuje całą jamę opłucnową i porusza się równomiernie do ruchów przepony i klatki piersiowej. Gdy więc zobojętnimy działanie ciśnienia atmosferycznego, przez wyrównanie ciśnienia śródopłucnowego z ciśnieniem atmosferycznem, odzyskuje wolność działania siła sprężystości tkanki płucnej, co się objawia w zapadzie płuca, przyczem cała ta siła skupia się na małej przestrzeni przekroju wnęki, podczas gdy przedtem była rozdzielona na całą powierzchnię zewnętrzną płuca. Że jest to siła niemała, która może zupełnie zacisnąć, odznaczające się wiotkiem i skąpem we włókna sprężyste utkaniem, naczynia limfatyczne, zrozumiemy, gdy zważymy, że ciśnienie ujemne w jamie opłucnowej, odpowiadające ściśle sile sprężystości tkanki płucnej (O z i ę b ł o w s k i) wynosi na całej powierzchni płuca, kilka do kilkunastu cm słupa wody i że po założeniu odmy zupełnej całe to ciśnienie koncentruje się na małej stosunkowo powierzchni przekroju wnęki. Matematycznie więc ciśnienie to będzie się równało ciśnieniu w jamie opłucnowej przed odmą, pomnożonemu przez liczbę, którą uzyskamy z podzielenia całej powierzchni płuca przez powierzchnię przekroju wnęki.

Wynika z tego, że operując tylko w zakresie ciśnień ujemnych, możemy wywrzeć dostateczny ucisk na naczynia limfatyczne aby zamknąć ich światło, naturalnie o ile nie przeszkadzają temu rozmaite stany chorobowe, a zwłaszcza zrosty opłucnowe, które uniemożliwiają swobodny zapad płuca. Przytem nie wyłączamy płuca z czynności oddychania, co jest ważne zwłaszcza przy leczeniu obustronną odmą. Operując ciśnieniami nieco wyższemi, możemy w podobny sposób zadziałać już na żyły, które mają ściany bardziej sprężyste niż naczynia limfatyczne i w ten sposób wywołać zastój bierny, sprzyjający w wysokim stopniu procesom bliznowacenia. Użycie zaś ciśnień zbyt wysokich, doprowadza do ucisku naczyń najbardziej opornych i elastycznych, t. j. tętnic i powoduje niedokrwienie płuca. Stwierdził to w swoich badaniach anatomo-patologicznych L i n d b l o m, który zauważył brak przekrwienia przy zbyt silnie uciśniętych płucach. Różnica zaś pomiędzy działaniem zastoju żylnego a niedokrwieniem płuca jest ogromna. Wiemy, że zwężenie zastawki dwudzielnej, powodujące zastój w krążeniu małem i silne rozszerzenie naczyń krwionośnych płucnych (R o m b e r g), komplikuje się znacznie rzadziej z gruźlicą płuc, niż inne wady serca, a specjalnie zwężenie tętnicy płucnej (R o m b e r g). Tak samo według L e y d e n a, wady serca anemizujące płuca, a więc przedewszystkiem zwężenie tętnicy płucnej, ułatwiają zakażenie i zserowacenia w płucach, a według V i e r o r d t'a zwężenie tętnicy płucnej wykazuje w porównaniu z innemi wadami serca, zdecydowanie częstsze powikłanie z gruźlicą płuc. Tak samo prace doświadczalne T i e g e l a przeprowadzone na 62 królikach i 18 psach, wykazały wybitnie dodatni wpływ zastoju żylnego na bujanie tkanki łącznej w płucach. Natomiast doświadczenia B r u n s a i S a u e r b r u c h a nad podwiązywaniem tętnicy płucnej, wykazywały, że niedokrwienie w ten sposób wywołane przemija szybko, wskutek wyrównania się krążenia przez tętnicę oskrzelową. Podobny zaś zabieg wykonany w dwóch przypadkach przez S a u e r b r u c h a na ludziach, wywołał wprawdzie pewne wzmożenie procesów bliznowacenia, nie wystarczył jednak do wyleczenia kawerny (cyt. wedł. E d e l a).

Z obserwacyj tych i doświadczeń wynika, że stosowanie ciśnienia nadmiernego przy leczeniu odmą — może przez upośledzenie dopływu krwi do płuca spowodować w przeciwieństwie do dobroczynnego wpływu ciśnień niskich (wahających się w granicach ujemnych najwyżej do zera) oraz średnich (wahających się około zera) pogorszenie się sprawy gruźliczej w płucu leczonem odmą.

Wpływ odmy opłucnowej na krążenie limfy w płucach, stwierdzony w powyższych doświadczeniach, wyjaśnia dużo korzystnych objawów, obserwowanych w czasie leczenia odmą, na których mechanizm działania nie mieliśmy jednak dotychczas dostatecznie jasnego wytłumaczenia.

Przedewszystkiem tłumaczy w dosadny sposób przyczynę tak szybkiego ustępowania objawów toksycznych po założeniu odmy, a przez to wzmocnienie organizmu i ułatwienie mu obrony przed zakażeniem.

Powtóre zastój limfy ma wielki wpływ na wzmożenie wzrostu tkanki łącznej. W tym kierunku działa on równolegle i w ścisłej łączności z żylnym zastojem krwi. Zastój żylny powoduje uszkodzenie ścian włoskowatych naczyń krwionośnych i przez to wzmaga wydzielanie się białek, a więc i włóknika z krwi do tkanek (G o r e c k i). Z powodu równoczesnego zastoju limfy, włóknik ten nie może być odprowadzony i pozostaje w miejscu gdzie się wydzielił. Ponieważ zaś jak wiemy złogi włóknika ulegają organizacji, czyli zastąpieniu przez tkankę łączną, więc też nic dziwnego, że w płucu, w którem mamy zastój krwi i limfy, stwierdzamy wzmożone bujanie tkanki łącznej.

4) W końcu doświadczenia te wyjaśniają nam mechanizm powstawania wysięków w czasie leczenia odmą. Ilość tych powikłań rozmaici autorowie rozmaicie oceniają, od 2.8 do 100% (S t e i n m e y e r). Pomijając te skrajne liczby, większość autorów przyjmuje 40 do 60% wysięków w czasie leczenia odmą. Przyczyny były podawane rozmaite: wzmożona wrażliwość opłucnej na zakażenie i odklejanie się względnie rozrywanie zrostów, przez co odsłania się chora część opłucnej (B r a u e r i L. S p e n g l e r), przeniesienie się zakażenia z płuca na opłucną, co objawia się tem, że ilość wysięków zależy wprost od ciężkości przypadków leczonych odmą (v. M u r a l t i P e t e r s), przewlekłe podrażnienie opłucnej wskutek stałego stykania się z gazem (B r u n s, M a t s o n), zmniejszenie naturalnej odporności opłucnej (N ö t z e l). Zakażenie opłucnej drogą krwiobiegu (W. N e u m a n n), urazy psychiczne i fizyczne wskutek nieodpowiedniego zachowania się chorego, niedostateczna aseptyka zabiegu (S c h r ö d e r), wprowadzenie wybitych igłą cząstek tkanek do jamy opłucnowej (B o r g h e r i n i), wpływ „przeziębień" w związku z porą roku (F o r l a n i n i), nieodpowiednia ciepłota gazu (B r u n s i K a m s l e r) i t. d. (cyt. wedł. S t e i n m e y e r a).

G o r e c k i tłumaczy powstawanie wysięków przy odmie w następujący sposób: w uciśniętem płucu limfa ulega zastojowi w naczyniach limfatycznych i koło nich, w końcu zaś zaczyna płynąć w kierunku odwrotnym, ku opłucnej, a gdy dojdzie do niej, wywołuje proces zapalny na jej powierzchni.

Jakkolwiek przyczyny podane przez rozmaitych autorów z pewnością mogą niejednokrotnie wywołać wysięk w jamie opłucnowej, jednak tłumaczenie ich patogenezy przez G o r e c k i e g o trafia najbardziej do przekonania i znajduje potwierdzenie w wynikach moich doświadczeń. Ognisko z 0.05 cm³ zawiesiny tuszu rozchodzi się po założeniu odmy po znacznej części płata o objętości conajmniej kilku cm³, oraz dochodzi na dużej części powierzchni do opłucnej. Da się to wytłumaczyć tylko tem, że przez zamknięcie naczyń limfatycznych ustaje odpływ limfy, następuje zastój powodujący rozszerzenie się naczyń limfatycznych, zastawki ich przestają działać i wskutek tego limfa porusza się nietylko ruchem wstecznym, ale rozpływa się bezwładnie we wszystkich kierunkach, przyczem dochodzi do opłucnej i wywołuje na niej proces zapalny, a więc i wysięk. Za tem też tłumaczeniem przemawia spostrzeżenie ogłoszone przez G w e r d e r a, że ilość wysięków opłucnowych przy odmie jest wprost proporcjonalna do wysokości użytych ciśnień, oraz znany fakt, że przy odmach obustronnych zdarzają się rzadziej wysięki niż przy jednostronnych. Ponieważ przy odmie obustronnej musimy operować ciśnieniami ujemnemi, aby nie utrudnić zbytnio procesu oddychania, więc też nie przerywamy w zupełności odpływu limfy, tylko go w mniejszym lub większym stopniu hamujemy. Dlatego też ruchy wsteczne, względnie wahadłowe limfy, a co za tem idzie zakażenia opłucnej, zdarzają się rzadziej. Ale dlatego także, nie mogąc wywołać zupełnego zastoju limfy, tem bardziej nie możemy uzyskać przekrwienia płuca i, co za tem idzie, wzmożenia procesów bliznowacenia. To wyjaśnia nam, dlaczego nie spotykamy się w piśmiennictwie z doniesieniami o trwałych wynikach leczenia odmą obustronną.

Sam więc mechanizm działania odmy sztucznej, wywołuje obok procesów gojenia także gotowość do powstawania wysięków, która jest od niej nieodłączna. Że mimo to nie we wszystkich przypadkach wysięk się pojawia, tłumaczy się rozmaitością samego ogniska w płucu (wysiękowe czy wytwórcze), jego rozległością i położeniem wobec opłucnej.

Także i w innych metodach chirurgicznego leczenia gruźlicy płuc ma zastój limfy decydujące znaczenie.

W leczeniu obustronną odmą tam, gdzie nie możemy doprowadzić do znacznego zapadu płuc, tylko dwa czynniki odgrywają decydującą rolę, tj. zastój limfy i odprężenie płuc. Ten drugi zresztą czynnik uważam na podstawie wyników podwiązywania żył płucnych za podrzędny. Zastoju żylnego nie możemy w tych wypadkach wywoływać, jednak i mimo tego wyniki leczenia odmą obustronną, jakkolwiek nietrwałe, są bardzo wyraźne.

Działanie wyrwania nerwu przeponowego *(phrenicoexhairesis)*, a zwłaszcza korzystne oddziaływanie tego zabiegu na ogniska położone w górnym płacie, było dotychczas niejasne. D ü n n e r i S p i r o w r. 1930 piszą: „Wyjaśnienie oddziaływania porażenia przepony na ogniska, względnie jamy w górnych częściach płuca, dotychczas nie mamy". Badania doświadczalne D ü n n e r a i M e k l e n b u r g a oraz S c h n i p p e n k o t t e r a wykazały niezmieniony

udział płuca w procesie oddychania po wyrwaniu nerwu przeponowego, dlatego też nie może tu wchodzić w grę korzystne działanie t. zw. wyłączenia płuca od funkcji. Jakkolwiek doświadczeń nad tem zagadnieniem, z przyczyn ode mnie niezależnych nie mogłem jeszcze przeprowadzić, jednak już doświadczenia nad odmą sztuczną uzasadniają tezę Nikola, że wyrwanie nerwu przeponowego działa przez odprężenie płuca wskutek uniesienia się przepony oraz przez zmiany w krążeniu krwi i limfy. Uniesienie bowiem przepony po tym zabiegu może zmniejszyć jamę opłucnową o 300 do 800 cm³. Takie zmniejszenie pojemności musi wywołać wybitny wpływ na odprężenie płuca, które odbywa się głównie w kierunku głowowo-ogonowym, a więc prostopadłym do przebiegu pni limfatycznych we wnęce. To też nacisk wywierany na nie jest z pewnością dostateczny dla spowodowania zwolnienia, a może nawet zupełnego zahamowania odpływu limfy, a przyczynia się jeszcze do tego upośledzenie ruchów oddechowych, tego głównego motoru krążenia limfy w płucach. Powolniejszy zaś przebieg poprawy tłumaczy się mniejszym bądź co bądź odprężeniem płuca niż przy odmie i przez to mniej silnym naciskiem na naczynie limfatyczne i żylne we wnęce.

W ostatnich czasach zaczęto stosować w przypadkach, w których założenie odmy u płucu chorem było z powodu zrostów niemożliwe, t. zw. odmę kontralateralną, t. j. zakładaną na płuco zdrowe. Pierwszy zastosował ten zabieg Ascoli, później donosili także o znakomitych, czasami w ten sposób uzyskiwanych wynikach, Jacono oraz Fischer i Guifrid, przyczem ci ostatni autorowie zaznaczają, że wyniki zależą od dostatecznej przesuwalności śródpiersia i zupełnego braku zrostów po stronie zdrowej. Wytłumaczenie mechanizmu działania tego zabiegu może być tylko to, że przez założenie odmy po stronie zdrowej przesuwa się śródpiersie na stronę chorą i uciska na wnękę chorego płuca i przebiegające tam naczynia limfatyczne — i w ten sposób przerywa, względnie w znacznym stopniu zwalnia dopływ jadów do ustroju. Za tem tłumaczeniem przemawia też objaw, opisany przez Mazetti'ego i nazwany przez niego syndromem kontralateralnym w przebiegu sztucznej odmy. Polega on na tem, że u osób szczupłych, źle zbudowanych, z hipoplazją serca i naczyń, mogą wystąpić po założeniu odmy u podstawy płuca zdrowego objawy chorobowe. Stan ten daje się usunąć przez zmniejszenie ciśnienia w odmie oraz zastosowanie środków nasercowych. Mazetti tłumaczy to biernem przekrwieniem, powstałem wskutek przesunięcia śródpiersia i zmniejszenia wskutek tego ssącego działania małego krążenia. Opierając się jednak na wynikach moich doświadczeń, na korzystnych wynikach t. zw. odmy kontralateralnej, wkońcu na łatwości i sposobie leczenia (obniżenie ciśnienia w odmie) syndromu kontralateralnego, przypuszczam, że przyczyną jego jest utrudnienie odpływu limfy wskutek przesunięcia śródpiersia i nacisku na wnękę i przez to nagromadzenie się jej w płucu zdrowem.

Na specjalną wzmiankę zasługuje projekt Michalskiego, zreferowany w listopadzie 1930 r. na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego. Autor przyjąwszy, że jady gruźlicze dostają się z płuc do krążenia przez naczynia limfatyczne, proponuje celem przerwania dopływu limfy podwiązywanie pni limfatycznych, odprowadzających limfę z płuc (przewód piersiowy, względnie prawy przewód chłonny), a celem wywołania zastoju żylnego podwiązywanie żył oskrzelowych, względnie ich odpowiedników t. j. żyły nieparzystej i nieparzystej krótkiej. *(vv. azygos i hemiazygos).* Projekt ten spotkał się z krytyką ze względu na trudność wykonania zabiegu oraz jego prawdopodobnie małą skuteczność z powodu szybkiego powstania krążenia ubocznego. Że jednak podobny zabieg jest możliwy, świadczą o tem ogłoszone w ostatnich czasach przez Edela i Kerschnera wyniki uzyskane przez podwiązywanie żył płucnych w przypadkach jamistej gruźlicy płuc.

Edel, który tę sprawę omawia z punktu widzenia internistycznego, wychodzi, na podstawie powyżej już przytoczonych obserwacyj wpływu rozmaitych wad serca na gruźlicę płuc, oraz badań doświadczalnych Tiegela, Sauerbrucha, Brunsa i in. z założenia, że odma sztuczna działa głównie przez wywołanie zastoju żylnego w płucach. Wobec tego zaproponował w przypadkach, w których leczenie odmą było z powodu zrostów niemożliwe, podwiązanie żył płucnych *(vv. pulmonales)* płuca chorego. Kerschner wykonał ten zabieg w 4 przypadkach, w trzech ze znakomitym, a w jednym z dobrym wynikiem, przyczem poprawa następowała z szybkością taką samą jak przy odmie, a obaj autorowie zauważyli, że ilość plwociny bezpośrednio po zabiegu podobnie jak po odmie znacznie się zwiększała, aby potem powoli opadać, ewentualnie do zera. W pracy swojej zaznacza Kerschner kilkakrotnie, że nie podwiązywał żył płucnych zupełnie, ponieważ według badań Sauerbrucha i Brunsa, zupełne podwiązanie żył płucnych prowadzi do silnego obrzęku płuca. Pozostawiał więc zawsze pewną, choć silnie zmniejszoną możliwość odpływu krwi, częściowo przez niepodwiązywanie mniejszych odgałęzień żylnych płata dolnego, częściowo przez luźne podwiązki na odgałęzieniach grubych, przez co, jak to sam zaznacza, pewna część światła naczynia pozostawała wolna. Nadzwyczajnie korzystny wpływ tego zabiegu tłumaczą autorowie zastojem żylnym. Ponieważ jednak spadek ciepłoty ciała i poprawa stanu następowała w 4—8 dniach, a najdalej po 3 tygodniach, trudno przypuścić, ażeby poprawa nastąpiła wskutek cofnięcia się samych, zresztą we wszystkich 4 przypadkach bardzo rozległych ognisk gruźliczych, z drugiej strony, gdybyśmy nawet przyjęli, że jady gruźlicze mogą się dostawać do ustroju drogą naczyń krwionośnych, to niezupełne podwiązanie żył nie wystarczyłoby do zupełnego odcięcia dopływu ich, wyrażającego się całkowitem ustąpieniem objawów toksycznych. Przyczyną więc tej gwałtownej poprawy może być tylko podobnie jak przy odmie, zahamowanie odpływu limfy z płuca. Tłumaczymy to sobie w ten sposób, że przez podwiązanie żył płucnych następuje przekrwienie, czyli nagromadzenie się krwi w płucu. Płuco wskutek tego staje się, jak to sam Kerschner zauważył, większe przy niezmienionej zresztą pojemności klatki piersiowej. Wskutek tego wzrasta w płucu ciśnienie i uciska przedewszystkiem te przestrzenie, które mają najpodatniejsze ścianki, a więc w pierwszym rzędzie pęcherzyki płucne, przewody pęcherzykowe i naczynia limfatyczne. Bezpośrednim następstwem tego jest zwiększenie się ilości plwociny natychmiast po zabiegu, jako wyraz ucisku na pęcherzyki płucne i przewody pęcherzykowe oraz ustąpienie objawów toksycznych, jako wyraz zahamowania odpływu limfy. Wkońcu dopiero występuje wzmożenie się procesów bliznowacenia, jako wyraz zbawiennego współdziałania zastoju krwi i limfy.

Reasumując dane uzyskane doświadczalnie oraz przez analizę wyników uzyskanych w rozmaitych sposobach chirurgicznego leczenia gruźlicy płuc, można przyjąć następujący mechanizm działania leczenia zapadowego gruźlicy płuc.

Pierwszym wynikiem stosowania sztucznego zapadu płuca jest przerwanie względnie zwolnienie dopływu limfy z płuca do krwiobiegu i przez to usunięcie względnie zmniejszenie zatrucia ustroju jadami. Przez to uzyskuje się wzmożenie odporności i ułatwia się ustrojowi walkę z zakażeniem. Do uzyskania jednak wyleczenia trwałego sam ten czynnik nie wystarcza, koniecznem jest doprowadzenie do zastoju żylnego, który wspólnie z zastojem limfatycznym pobudza procesy bliznowacenia w płucu chorem i w ten sposób może doprowadzić do wyleczenia trwałego. Pomocnem przytem jest także odprężenie płuca, przez co zmniejszają się a nawet czasem zupełnie znikają jamy, co ułatwia zupełne ich zbliznowacenie. Że ten ostatnio wymieniony czynnik nie jest jednak niezbędnym i że bez jego współdziałania może też nastąpić zbliznowacenie nawet dużych ubytków, świadczą wyniki uzyskane przez podwiązywanie żył płucnych, gdzie odprężenie płuca nie następuje.

Unieruchomienie zaś płuca, co było teoretyczną podstawą Forlaniniego do pierwszego założenia odmy, ma znaczenie zupełnie podrzędne i tylko pośrednie, o tyle, że przez zmniejszenie ruchomości płuca, względnie, co się jednak bardzo rzadko zdarza (Lindblom), jego zupełne unieruchomienie, zwalnia się prąd limfy, którego główną siłą pędną są właśnie ruchy płuca. To samo da się odnieść do opatrunków unieruchomiających chorą połowę klatki piersiowej, oraz do unieruchomienia kończyn w przypadkach gruźliczych schorzeń kości i stawów.

Z powyższych badań wynika, że zmiany w krążeniu limfy mają dominujące znaczenie w chirurgicznem leczeniu gruźlicy płuc. Znajomość tego faktu tłumaczy nam niejedną wątpliwość z mechanizmu działania rozmaitego rodzaju zabiegów oraz ułatwi niejednokrotnie ocenę wskazań czy też przeciwwskazań dla poszczególnych zabiegów.

Piśmiennictwo.

1) Ciechanowski: Ogólna anatomja patologiczna gruźlicy w „Gruźlica i jej zwalczanie". 1927. — 2) Dünner i Spiro: Ztschrft. f. Tbk. 1930, T. 56, str. 342. — 3) Edel: Ztschrft. f. Tbk. 1931, t. 60, str. 187. — 4) Fischer i Guifrid: Rev. de la Tbc. 1930. Nr. 5, ref. P. Gaz. Lek. 1930. Nr. 50, str. 996. — 5) Gorecki: Schorzenia opłucnej, 1926. — 6) Jacono: Riv. Pat. e Clin. Tbc. 1929. Vol. 3, Nr. 11. ref. Ztschrf. f. Tbc. 1930, t. 57, str. 276. — 7) Jessen: Die operative Behandlung d. Lungentbk. 1921. — 8) Kerschner: Ztschrft. f. Tbk. 1931, t. 60, z. 3, str. 198. — 9) Lindblom: Beitr. z. Klin. d. Tbk. 1922, t. LII, z. 1. — 10) Mazetti: Riv. Pat. e Clin. Tbc. 1930. Vol. 4, Nr. 5. — 11) Michalski i Piasecki: P. Gaz. Lek. 1931. Nr. 10, str. 197. Sprawozdanie z posiedzenia naukowego Warszawskiego Towarzystwa Lekar-

skiego. — 12) Nikol: Die Tbk. 1931, Nr. 1, str. 2. — 13) Oziębłowski: P. Gaz. Lek. 1926, Nr. 50. str. 947. — 14) Szczepański: O sztucznej odmie piersiowej, 1925. — 15) Steinmeyer: Ztschr. f. Tbk. t. 50, str. 449. — 16) Tsuoda, Hiroshi: Deutsch. Ztschrft. f. Chir. 1928. t.207. str. 350.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. R. HINZE. Rzeszow.

Trzy przypadki pęknięcia macicy ciężarnej leczone operacyjnie.

Ze szpitala powsz. w Rzeszowie.

By zebrać materjał w zakresie operacyjnego leczenia pęknięć macicy ciężarnej i wyprowadzać zeń wnioski naukowe potrzeba nawet na klinice lat całych. Jeżeli więc ogłaszam nasze trzy przypadki z tego zakresu, to czynię to li tylko z obowiązku kierownika zakładu; pragnąc nawet tę drobną ilość zachować dla przyszłych zestawień. Jeszcze inny poza tem wiedzie mnie powód do ogłoszenia niniejszej pracy; a mianowicie, jest nim wspomnienie pośmiertne działalności św. p. Prof. Dr. Rosnera. Jednym bowiem z tych przypadków była chora operowana przez niego w naszym szpitalu — przyczem muszę podnieść tę okoliczność, że była to niestety — jego ostatnia operacja. Po wykonaniu tejże, wyjechał św. p. Prof. Dr. Rosner do Krynicy, gdzie jak wiadomo śmierć go już oczekiwała.

* * *

By to zestawienie należycie wypadło i dla tych, którzy się nie zajmują specjalnie tematami położniczo-ginekologicznemi — umieszczam na wstępie kilka uwag związanych z tym tematem, z obcej literatury.

Zastrzegam się zgóry, że tematem moim są jedyne pęknięcia macicy ciężarnej, powstałe pod ręką położnika, a zatem, że tak powiem pośrednie. O innych bezpośrednich, gdzie powodem jest już to przeszkoda porodowa ze strony matki; już to nieprawidłowość jaja płodowego (jak n. p. wodogłowie, poprzeczne położenie i t. d.), a które stanowią temat oddzielny, nie będę wspominał w tej publikacji.

Z przyczyn powodujących pęknięcie macicy ciężarnej pośrednio, należy wymienić na pierwszem miejscu ucisk zewnętrzny na powłoki brzuszne (Hirst). Ucisk ten powoduje nagłe wzmożenie ciśnienia wewnątrzmacicznego, które działając równocześnie na wszystkie strony wywołuje pęknięcie w miejscu najsłabszem. Rękoczynem, który takie znacznie wzmożone ciśnienie powoduje jest wygniatanie płodu sposobem Kristellera: i właśnie po takim rękoczynie pęknięcie w jednym z naszych wypadków nastąpiło!

Pęknięcia te trafiają się najczęściej w dolnym odcinku macicznym, niekiedy przechodzą nawet w sklepienia pochwowe co należy tłumaczyć słabą stosunkowo budową sklepień i brakiem oparcia (Siebold).

Jednym z momentów uspasabiających w tych właśnie uszkodzeniach jest bez wątpienia wielorództwo (Iwanoff. Kaufmann).

Następną grupę pęknięć macicy stanowią nieszczęśliwe zabiegi położnicze wewnętrzne. Są to jużto obroty przy ciężkich warunkach, jużto ręczne odklejenie łożyska, jużto niezręczne lub mylnie zastosowane narzędzia położnicze. Nie należy jednak zawsze winę wypadku składać na operatora, pod którego nieszczęśliwą dłonią przyszło do katastrofy; bardzo często bowiem istnieją już uprzednio powody i przyczyny predysponujące niejako do tego. Wykazano bowiem, że zapalne zmiany w ścianach macicy, nie mówiąc już o ubytkach wywołanych przyklejeniem nieprawidłowego łożyska stanowią niejako miejsce osłabione *„locus minoris resistentiae"* — i poprzedzają pęknięcie. Niekiedy nawet nie można znaleść zmian patologicznych pod mikroskopem, a jednak utkanie ścian macicznych przemawia za osłabieniem tkanek (Baisch).

Objawy pęknięcia są gwałtowne i znane powszechnie:

Macica leży z reguły ściągnięta po przeciwnej stronie pęknięcia, lekko opadając ku dołowi. Po przejściu płodu do jamy brzusznej, nawet wielkie pęknięcia szybko się kurczą i zmniejszają. Brzegi pęknięcia bywają często odwinięte, kruche, a otrzewna odłuszczona na znacznej przestrzeni. Bóle porodowe ustają z reguły z miejsca.

Ale i po pęknięciu mogą jeszcze czas jakiś bóle występować (Jolly) popychając płód do jamy brzusznej lub popłód do pochwy. Z polskich autorów wspomina Mars o takiem zachowaniu się macicy. Każdemu pęknięciu towarzyszy większy lub mniejszy krwotok jużto wewnętrzny jużto zewnętrzny, albo też kombinacja obu naraz. Ilość wylanej krwi zależy od miejsca, które pęknięcie dotknęło i od przypadkowego zachowania się płodu.

Ilości do 1 litra wylanej krwi zdarzają się wówczas, gdy pęka miejsce przyrostu łożyska, lub gdy rozerwie się główna gałązka tętnicy macicznej (Leopold) lub też obfite sploty żylne (Doleris). — Niekiedy zaś krwotoki są mniej obfite, zwłaszcza jeżeli do pęknięcia wstawi się część poprzedzająca i wywierając ucisk na brzegi krwotok powstrzymuje.

Prognoza pęknięcia macicznego w porodzie jest zawsze poważna. Niebezpieczeństwo, które bezpośrednio zagraża życiu matki i płodu jest bezwarunkowo na pierwszem miejscu — niebezpieczeństwem w dalszym okresie pęknięcia jest zakażenie.

Ale nawet w wypadkach, gdzie już rozwinęło się ropne zapalenie otrzewnej może leczenie operacyjne dać dobry wynik, jak to opisują Kortebos, Bogi i jak tego dowodzi wypadek św. p. Prof. Dr. Rosnera o którym będzie później mowa. Naogół zaś ginie z matek od 35% — 100%, co należy tłumaczyć rozmaitemi warunkami leczenia, w jakich się położnice po wypadku znajdują. (Koblank, Hagenberga, v. Braun, Sczotkin, Kaufmann, F. Müller, Klein Weber, Winter).

Śmiertelność dzieci jest również bardzo wysoką i dochodzi do 78%, chociaż nie brak spostrzeżeń, że nawet po 25 minutach po pęknięciu wydobyto z jamy brzusznej żywe dzieci. (Kendel, Dobrewolski).

Bardzo interesującem jest dla każdego lekarza praktycznego stanowisko klinicystów i wybitnych fachowców w kwestji leczenia dokonanego pęknięcia macicy. Nie ulega wątpliwości, że w dzisiejszych czasach będziemy zawsze przemawiać za leczeniem operacyjnem i że operacje te należałoby wykonać o ile możności na miejscu w domu rodzącej!

W taki sposób szczęśliwie przeprowadzoną operację opisali v. Kaznat. Josephsohn, Hellstöm, Petzén.

Gdy tego wykonać nie można należy rodzącą przenieść do najbliższego zakładu leczniczego. Nie można atoli zamilczeć, że każde przewiezienie kryje poważne niebezpieczeństwo, pod postacią zwiększenia wstrząsu nerwowego krwotoku i przeziębienia — tak, że Winter podaje na 20 przypadków 10 zejść śmiertelnych spowodowanych przewożeniem chorej do zakładu. Jeżeli już zdecydowaliśmy się na przewiezienie chorej,, to należy wpierw zabezpieczyć ją przed możliwemi komplikacjami. W pierwszej linji radzą natychmiast w narkozie uszkodzoną jak najdelikatniej rozwiązać. Naturalnie nie należy się liczyć w tych okolicznościach z życiem dziecka, mając na oku jedynie życie i dobro matki! Mnie wydaje się ta rada nieco ryzykowną i wątpię, by można ją ogółowi lekarzy polecić! Również i łożysko radzą usunąć. Równocześnie atoli zastrzegają się autorzy (Winter, Hammerschlag), że rękoczyny te są najniebezpieczniejszemi i mogą sprowadzić najgroźniejsze powikłania chirurgiczne, których właśnie należy unikać.

Po usunięciu płodu i popłodu musi interwenjujący lekarz zabezpieczyć uszkodzoną przed dalszym krwotokiem i przed wypadnięciem trzew z jamy brzusznej na zewnątrz! W tej okoliczności widziałbym właśnie największe trudności.

Rozwiązanie bowiem uszkodzonej po pęknięciu macicy jest już samo w sobie zadaniem trudnem. Do rozwiązania potrzebna jest narkoza, by uniknąć pogorszenia wstrząsu nerwowego. Płód należy o ile możności zmniejszyć i bez dalszych uszkodzeń rodzącej wydobyć. W razie zaś przejścia płodu do jamy brzusznej, trudności te wzrastają i stają się często nie do pokonania.

Po udałem rozwiązaniu chorej i usunięciu łożyska — musi lekarz, który się na zabieg rozwiązania zdecydował, wytamponować szczelnie tak macicę jak i pochwę!

Tampon musi sięgać przez pęknięcie do jamy brzusznej i musi być bardzo szczelny. Prócz tamponu należy założyć bandaż uciskowy zewnętrzny w kształcie litery T.

Z tego już widać że są to wymagania daleko idące i że tylko rutynowany praktyk podoła takiemu zadaniu. Nic dziwnego, że profesor Schauta wspominając podczas wykładu o pęknięciu porodowem macicy (pod ręką położnika), opisał nam cały tragiczny epilog tegoż.

Jelita owej chorej, o której Schauta wspominał, wysunęły się obok tamponu i wypadły w czasie przewożenia, a następnie kiedy wnoszono chorą po schodach do lecznicy, zostały podeptane i wyrwane z brzucha nogami obsługi.

Nasz trzeci i ostatni przypadek wyszedł cało po pęknięciu, mimo długiego transportu do szpitala może właśnie dlatego, że lekarz na prowincji nie wykonał żadnego dalszego rękoczynu z chwilą kiedy rozpoznał uszkodzenie!

Jakkolwiek dzisiaj ustalono, że każdy przypadek pęknięcia macicy należy leczyć operacyjnie — to nie braknie poważnych autorów, którzy powołują się na bardzo dobre wyniki postępowania konserwatywnego jak Rosinelli, Hirot, Veron,

Bauvier, Bansillon, Epervier, Neugebauer, Kronland, Bode, Richter, Gneisner.

Ja osobiście widziałem u św. p. Prof. Czyżewicza we Lwowie dwa takie przypadki szczęśliwie wyleczone!

Dzisiaj jeszcze zachowują stanowisko wyłącznie konserwatywne Scipiades de Suoo, Treub, Wenzel, Pampini — a Scipiades podaje z kliniki Tauffera 60.7% wyleczeń postępowaniem wyłącznie konserwatywnem.

Dawniejsze zestawienia, kiedy to operację wykonywano niechętnie podają przeciętną śmiertelność pomiędzy 40% a 60%. Petren zestawił 501 przypadków leczonych konserwatywnie z 28% wyleczeń.

Operacje dzisiaj na ogół dają lepsze wyniki, gdyż opanowują łatwiej dwa źródła zejść śmiertelnych, a mianowicie krwotok i zakażenie.

Każdą zaś rodzącą po pęknięciu macicy należy uważać za zakażoną, (Zweifel, Iwanow, Franz).

Przeważnie wykonują operatorowie amputację ponadpochwową (Zweifel) i drenują przez pochwę.

Zeszycie samego tylko pęknięcia drogą laparotomji jest postępowaniem zarzuconem i niepewnem. Zeszycie daje na 29 przypadków 17 wyleczeń (a więc 76% wyleczeń). Pęknięcia sklepień dają się opanować tylko przez całkowite usunięcie macicy.

Śmiertelność z postępem leczenia operacyjnego zmniejszyła się znacznie. Zweifel oblicza w najnowszych czasach śmiertelność na 36.4%.

Wintera rezultaty są mniej świetne — przy amputacjach nadpochwowych osiągnął 50% wyleczeń; przy całkowitem usunięciu macicy tylko 40%.

E. Kehrer mógł na 33 wypadków wyratować 60%; podobne liczby podaje Franc.

Nasz pierwszy przypadek z roku 1921 dotyczy wieloródki lat 40 izraelitki, zamieszkałej w D., u której w VIII. m. ciąży przyszło do poronienia.

Lekarz, który interwenjował, zamierzał dokonać obrotu i wydobyć obumarły i rozłożony płód. Przy wchodzeniu ręką do szyjki macicznej przedarł tylne sklepienie, dostał się do jamy brzusznej i chwycił chorą za śledzionę.

Dopiero asystująca mu położna zwróciła uwagę na wypadek. Płód wydobyto i chorą po wytamponowaniu przewieziono do szpitala.

Stan jej był od pierwszej chwili beznadziejny.

Tętno nie dające się zliczyć, wykrwawienie ogólne do ostatnich granic posunięte, wymioty i czkawka. nie pozwalały na żadną nadzieję.

Łożysko usunięto z głębi jamy brzusznej, oraz wielką ilość skrzepów i krwi płynnej. W lekkiem uśpieniu eterowem usunięto macicę drogą pochwową i założono sączek. Chora po czterech dniach zmarła pośród objawów rozlanego zapalenia otrzewnej.

Następny przypadek dotyczy osoby lat 32 izraelitki, zamieszkałej w Rz. Rodziła cztery razy. Ostatni poród w r. 1930.

Po odbytym porodzie, przy którym asystowała tylko położna, zawezwano lekarza ginekologa do zatrzymanego łożyska. Podczas odklejania łożyska zauważyła położna rozdarcie z wyraźnym głuchym trzaskiem. W dalszym toku zabiegu wszedł lekarz całą ręką do jamy brzusznej — biorąc ją za jamę maciczną. Uchwycił z góry za zwinięty trzon macicy i był przekonany, że trzyma odklejony włókniak wewnątrzmaciczny (podśluzowy)!! Podobny błąd opisuje Lipmann w zestawieniu nieszczęśliwych wypadków w ginekologji przy usuwaniu jaja płodowego.

Nie mogąc odkleić (!) trzonu macicznego, który brał błędnie za włókniak — postanowił lekarz cofnąć się i pozostawił uszkodzoną macicę jej dalszemu losowi, nie troszczac się wiele o silne wzdęcie i rozwijajace się zapalenie otrzewnej! (wymioty kałowe, czkawka). Dopiero na trzeci dzień zostałem przez rodzinę wezwany do przypadku! Po rozpoznaniu jej stanu, radziłem wezwać ś. p. Prof. Rosnera, co też nazajutrz nastąpiło.

Prof. Rosner wykonał najpierw dokładne wypłókanie żołądka i usunął niesłychane ilości zastoinowej i rozłożonej treści żołądkowej.

Następnie przeniesiono chorą do szpitala, gdzie prof. Rosner wykonał całkowite wyjęcie rozdartej macicy i wydrenował jamę brzuszną przez powłoki i przez pochwę!

Otrzewna okazywała objawy rozlanego zapalenia ropnego, macica była rozdarta po stronie lewej na długości 10 cm. Wewnątrz jamy brzusznej znaleziono wielką ilość skrzepów oraz resztki łożyska w zupełnym rozkładzie. Lekarz, obecny przy zabiegu dopiero po otwarciu jamy brzusznej, porzucił uporczywie bronione istnienie włókniaka! Żegnając się ze mną wyraził ś. p. Prof. Rosner obawy co do stanu chorej, którą uważał za straconą.

W trzy dni potem zmarł nagle w Krynicy; chora jego zaś żyła dalej i miała się coraz lepiej!

Po tygodniu odeszły jej wiatry i sto'ce, a siły zaczęły szybko powracać. Niestety po 14 dniach od czasu wykonania zabiegu nastąpił silny krwotok z tętnicy macicznej — z powodu gnilnego rozpadu tkanek w miejscu operacji i chora zmarła!

Trzeci przypadek dotyczy osoby lat 30 Z. J. żony sierżanta, zamieszkałej w L. Rodziła dwa razy, jedna córka żyje i ma 12 lat. Ostatni poród odbywała na wsi dnia 25. IX. 1930.

Poród miał się przeciągać, a obecny przy tem lekarz starał się przez ucisk zewnętrzny wcisnąć główkę płodu do wejścia miednicznego. Podczas tych manipulacyj rodząca odczuła nagle silny ból i posłyszała trzask znamionujący pęknięcie organów rodnych.

Lekarz zorjentował się natychmiast co do stanu rodzącej i odesłał ją samochodem do szpitala w takim stanie, w jakim się znajdowała w chwili wypadku.

Lekarz nie rozwiązywał chorej i nie założył żadnego opatrunku. Mam wrażenie, że takie postępowanie było właściwem, jak to zaraz w dalszym toku wyjaśnię.

W szpitalu wykonał sekundarjusz Dr. M. obrót w narkozie i rozwiązanie oraz usunął łożysko. Przy tem znalazł w przedniem sklepieniu pęknięcie przepuszczające całą rękę.

Przystąpiłem bezwłocznie do usunięcia całej macicy i wykonałem ten zabieg w uśpieniu chloroformowem przez otwarcie jamy brzusznej.

Pęknięcie długości około 10 cm oddzielało szyjkę maciczna zupełnie od pęcherza moczowego i sięgało z obu stron w głąb więzadeł macicznych; ale nie uszkadzało głównych naczyń macicznych.

Otrzewna była również na przestrzeni 10 cm rozdarta, jakby przecięta nożem, a z obu stron więzadeł częściowo odłuszczona z powodu wylewów krwi sięgających aż do linji bezimiennej.

Krwotok do jamy brzusznej był nieznaczny, co tłumaczy pozostawienie płodu w jamie macicznej *„in situ"* tak, że główka przylegając do szpary pęknięcia tamowała znakomicie krwotok.

Usunąłem całą macicę z przydatkami, gdyż były silnie zmienione wybroczynami — zeszyłem pochwę szwem piętrowym a jamę brzuszną na głucho.

Chora opuściła dnia 14 października szpital jako wyleczona.

SPRAWOZDANIA POGLĄDOWE.

Dr. Alfred KAMSLER. Zakopane.

O układzie współczulnym [1]).

W krótkim tym referacie nie mam zamiaru omówić wszystkie kwestje tyczące się układu współczulnego. Ograniczę się tylko do podkreślenia kilku ciekawych punktów, biorąc za podkład moje dotychczasowe prace [2]) na ten temat.

Studjum układu współczulnego jest już choćby z tego powodu bardzo ciekawe, że poucza nas, jak bardzo zmieniają się z czasem zapatrywania w medycynie i jak pierwotna, a porzucona myśl, z czasem powraca.

Przed pięćdziesięciu laty uczono, że istnieje tylko jeden wielki układ współczulny i dopiero angielski fizjolog Langley udowodnił swemi doświadczeniami, że dzieli się on na dwie części: współczulny i błędny.

Doświadczenia te są zbyt znane, aby je tutaj przytaczać. W każdym razie były one punktem wyjścia wielkiej na ten temat pracy i wielu doświadczeń. Przez Langleya zmieniło się nasze zapatrywanie na układ współczulny zwłaszcza, iż równocześnie z nim odkryto środki działające tak na jedną, jak i na drugą część tego wielkiego systemu. Odkryto środki pobudzające i porażające *sympathicus* i *vagus*, np. pilokarpina drażni nerw błędny, a atropina go poraża. Adrenalina drażni nerw współczulny, a ginergen go poraża, jak to w ostatnich czasach stwierdzono.

Dla kliniki ważną była praca Eppingera i Hessa, w której autorowie opierają się na wynikach badań Langleya. Dowodzą oni, iż istnieje w praktyce silna pobudliwość jednej lub drugiej części układu współczulnego i nazwali ją sympatykotonją względnie wagotonją. Praca ta odbiła się głośnem echem w całej

[1]) Według odczytu w Towarzystwie lekarskiem w Zakopanem.

[2]) 1) Zeitschrift f. d. ges. exper. Med. Tom XLVI. Zeszyt 1/2 1925. — 2) Schweiz. med. Wochenschr. 1925. Nr. 33. — 3) Klinische Wochenschr. 1928. Nr. 3.

literaturze medycznej i należy może do tych prac, które czytano w ostatnim czasie najwięcej.

Praca ta jest obok prac Langleya punktem zwrotnym w naszych zapatrywaniach na układ współczulny, gdyż z nią zrodził się pogląd, który możnaby nazwać poglądem dualistycznym w przeciwieństwie do poglądu monistycznego, istniejącego przed Langleyem.

Przez długi czas zadawalniano się temi danemi, jednak im więcej robiono doświadczeń, tem więcej się przekonywano, że teorja Eppingera i Hessa nie odpowiada zupełnie rzeczywistości. Albowiem w pewnych warunkach wspomniane środki farmakologiczne działają nietylko pobudzająco, lecz nawet porażająco na tę samą część układu współczulnego. Ascher i Roth dowodzą, że adrenalina nietylko działa pobudzająco na *n. sympathicus*, ale w pewnych dawkach pobudzająco też na *n. vagus*. Abderhalden i Gellhorn twierdzą, że w wielkich dawkach adrenalina drażni *n. vagus*. Danielopolu i Carniol udowodnili, że ezeryna działa w dwojaki sposób: zrazu krótko sympatykotonicznie, później długo i intenzywnie — wagotonicznie.

W obecnej dobie odwracamy się więc coraz bardziej od wspomnianego dualistycznego zapatrywania, a przyjmujemy pod inną jednak formą, aniżeli przed pięćdziesięciu laty, że układ współczulny tworzy raczej pewną całość.

To było punktem wyjścia dla moich doświadczeń, obecnie w kilku słowach podaję metodę pracy i wyniki.

Jeślibyśmy mieli do czynienia z sympatykotonją, względnie wagotonją, to a priori musielibyśmy otrzymać te same wyniki w doświadczeniu, działając na zwierzęta przez dłuższy czas jakimś środkiem wagotonicznym względnie sympatykotonicznym. Doświadczenia wykonałem na królikach. Pewna ilość królików była przez dłuższy czas pod działaniem neucezolu, środka działającego drażniąco na *n. vagus*. Innej grupie zwierząt podawałem wapń, który, jak wiadomo, drażni *n. sympathicus*. Dla kontroli działania tych dwóch środków służyła ciepłota ciała, objawy ogólne, apetyt, trawienie, w końcu wkraplałem do worka spojówkowego jedną do dwóch kropel adrenaliny i obserwowałem jej działanie. Jak wiadomo, Löwi z Grazu udowodnił, iż adrenalina nie wywołuje żadnych zmian w oku u istot zdrowych i prawidłowych. Natomiast u tych zwierząt lub ludzi, u których *n. sympathicus* jest podrażniony, następuje powiększenie źrenicy na skutek wkraplania adrenaliny. Można więc w ten sposób zupełnie objektywnie śledzić zmiany organizmu podczas leczenia jakimś środkiem działającym na układ współczulny.

Przeprowadzając te badania, spodziewałem się a priori uzyskać różne wyniki u tych dwóch różnych grup zwierząt. Tymczasem okazało się coś wręcz przeciwnego. Wynik był taki, że w obu wypadkach, a zatem u zwierząt leczonych bądź środkiem drażniącym nerw błędny, bądź środkiem drażniącym nerw współczulny, działanie adrenaliny wypadło analogicznie. Po wkropleniu adrenaliny źrenica się zwężała. U obu grup zwierząt ciepłota ciała opadła.

Oto pierwsza część doświadczeń, której wyniki stoją w sprzeczności z teorją dualistyczną.

Druga serja doświadczeń była o wiele ciekawszą. Stosowałem w niej aparat oddechowy skonstruowany przez prof. Löwyego w Davos. Postępowałem następująco: robiłem tracheotomję i łączyłem zapomocą szklannej rurki tchawicę z aparatem oddechowym, który funkcjonował jednostajnie poruszany małym motorem elektrycznym. Przy tym aparacie można zmieniać liczbę oddechów na minutę i ilość powietrza, zależnie od wielkości zwierzęcia. Regularność tego sztucznego oddechu można było śledzić na obracającym się walcu.

Badaliśmy cztery grupy zwierząt. Jedną grupę leczono naprzód neucezolem, innym zwierzętom podawano wapń, u trzeciej grupy zwierząt przeciąłem nerw błędny, u czwartej wreszcie przeciąłem nerw współczulny.

Zrazu badaliśmy sposób oddechania u tych czterech grup zwierząt, a następnie badaliśmy oddech po zadziałaniu środka, który powoduje nieprawidłowość oddechu, mianowicie amonjaku. Łączyliśmy flaszkę z amonjakiem zapomocą gumowego węża ze szklaną rurką, która była w połączeniu z tchawicą. Wdychiwanie amonjaku powoduje podrażnienie śluzówki oskrzeli, — oskrzela kurczą się momentalnie, a można to zaobserwować na obracającym się walcu.

Otóż we wszystkich czterech wypadkach naszych prób doświadczalnych były wyniki identyczne. Krzywa oddechu pozostała po wdychiwaniu amonjaku na walcu bez zmian, tak u zwierząt leczonych wapniem i neucezolem, jako też u tych, u których przeprowadzono wagotomję i sympatykotomję. Wyniki były identyczne, choć można było spodziewać się czegoś innego, a mianowicie iż podobne będą u zwierząt leczonych neucezolem i sympatykotomją jak też znowu podobne u zwierząt leczonych wapniem i wagotomją, przyczem wyniki tych dwóch grup powinny były być odwrotne. Doświadczenia te są o tyle ważne, że wykonano je nietylko w obrębie jednej części układu współczulnego, lecz wzięto w rachubę tak n. błędny, jak też i współczulny. Tem też różnią się one od doświadczeń innych autorów, którzy zajmowali się bądź jednym bądź drugim tylko nerwem.

To była druga grupa doświadczeń.

Wkońcu badałem układ współczulny u człowieka, przyczem opierałem się na pracach Aschnera, Kahna, Steinera i Dresla. Badali oni układ współczulny w ten sposób, że wstrzykiwali dożylnie lub podskórnie pół do jednego cm³ adrenaliny i śledzili w przeciągu jednej godziny co pięć minut jej wpływ na ciśnienie krwi. Tak powstała krzywa wzrasta stromo u ludzi z sympatykotonją, przyczem widzi się nieraz przed stromem podniesieniem lekkie i krótkotrwałe opadnięcie. U ludzi z ustrojem wagotonicznym krzywa adrenaliny opada w przeciwieństwie do poprzedniej.

Odnośnie do tych badań istnieją pewne różnice zdań. Tak n. p. podaje Aschner swe badania, które wykonał w ten sposób, że wstrzykiwał adrenalinę po poprzedniem wstrzyknięciu atropiny. Uzyskał on w ten sposób raz krzywe bardzo słabo opadające, drugi raz bardzo silnie opadające, jeszcze bardziej wagotoniczne, jak się wyraża, aniżeli normalnie.

Badania nasze polegały na tem, że oprócz adrenaliny wstrzykiwano u tego samego pacjenta w dłuższych odstępach czasu jeszcze inne środki wagotoniczne, a mianowicie cezol, który drażni, i belafolinę, która poraża nerw błędny. A priori można było oczekiwać, że osiągnięte w ten sposób krzywe będą się od siebie bardzo różniły, ale przewidywania te nie sprawdziły się.

Zabrałoby za dużo czasu, aby dokładnie omówić przebieg uzyskanych krzywych i ich znaczenie i dlatego ograniczę się do podania krótkiego streszczenia.

Badając przebieg krzywych, można przyjść do przekonania, że wynik we wszystkich wypadkach jest ten sam.

Na podstawie tych kombinowanych krzywych adrenaliny, belafoliny i cezolu można powiedzieć, że działanie adrenaliny jako wskaźnika dla działania układu współczulnego polega tylko na tem, że wzmacnia ona pobudliwość ustroju nerwowego tak w dodatniem, jako też w ujemnem znaczeniu. Jeśli zachodzi wzmożona pobudliwość, to wtedy wstrzyknięta adrenalina jeszcze bardziej ją podnosi. A jeżeli zachodzi osłabienie pracy układu współczulnego, to wtedy następuje dalsze osłabienie pod wpływem adrenaliny. Tylko w ten sposób dadzą się wytłumaczyć wyżej wspomniane wyniki badań Aschnera, na podstawie których wstrzyknięta adrenalina wywołuje po poprzedniem wstrzyknięciu atropiny krzywę silnie wagotoniczną. Adrenalina ma zatem znaczenie tylko jako wskaźnik chwilowego stanu układu współczulnego. W ten sposób można też wytłumaczyć fakt, że adrenalina nietylko wywołuje skurcz naczyń krwionośnych, lecz może je nawet rozszerzyć (Dale, Chiari, Fröhlich, Kilin).

Nie można zatem mówić o krzywej adrenaliny sympatykotonicznej względnie wagotonicznej, lecz o krzywej wzmacniającej podrażnienie (wzrastającej) i o krzywej adrenaliny osłabiającej działanie układu współczulnego (opadającej).

Reasumując, można powiedzieć, że niema właściwej różnicy pomiędzy nerwem współczulnym i błędnym, a zmieniając odpowiednio warunki doświadczeń, można osiągnąć te same wyniki, czyniąc doświadczenia bądź na jednej, bądź na drugiej części układu współczulnego. Mamy zatem jeden wielki układ współczulny, który jest podzielony anatomicznie na dwie części, a fizjologicznie jest jednolity. To, co nazywamy sympatykotonją, jest wzmocnieniem, to co nazywamy wagotonją, jest osłabieniem czynności tego układu.

Jak można wytłumaczyć działanie tego układu współczulnego?

Otóż przed trzydziestu laty twierdził Goldscheider, że działanie jego jest zależne od odpowiednich gruczołów troficznych. Następnie Kraus i Zondek udowodnili, że największe znaczenie w czynnościach tego układu mają t. zw. elektrolity, które się znajdują w komórkach obwodowych. Zmieniając ich ilość, można uzyskać różne działanie układu współczulnego. Najważniejszemi elektrolitami są w tym względzie wapń i potas, pierwszy jako elektrolit sympatykotoniczny, drugi jako elektrolit wagotoniczny.

Obok elektrolitów mają wielkie znaczenie dla czynności układu współczulnego gruczoły dokrewne. To też te trzy części: układ współczulny, elektrolity i gruczoły dokrewne tworzą jeden wielki system, który się nazywa systemem wegetatywnym. Teorja ta ma obecnie największe wzięcie.

Już w normalnych warunkach zmienia się czynność systemu wegetaywnego tak pod względem pobudliwości, jako też jego osłabienia. Dresel udowodnił, że w nocy przeważa czynność nerwu błędnego, a w dzień czynność nerwu współczulnego.

Fakty te odpowiadają w zupełności krzywym, które można było uzyskać przy badaniach z adrenaliną, cezolem i belafoliną. Wykazują one bowiem, że mamy do czynienia z jednolitym układem współczulnym, który jest w stanie rożnie funkcjonować. Wszelkie, tu się narzucające pytania, omówił bardzo dokładnie w swej książce Laignel-Lavastine p. t. *„La pathologie du sympathique"*. Porównuje on czynność układu współczulnego, jak go rozumią dualiści, do ramienia wagi, której punkt zwrotny znajduje się w środku. Wskutek drażnienia n. p. jednego ramienia pilokarpiną, odpowiednie ramię podnosi się, a drugie w tej samej mierze opada. Innemi słowy drażniąc nerw błędny, poraża się równocześnie nerw współczulny. Laignel-Lavastine sam nie jest zwolennikiem teorji Eppingera i Hessa i proponuje inny schemat wagi, przyczem punkt zwrotny znajduje się przy końcu ramienia. Drażniąc lub porażając układ współczulny przewidujemy, iż albo całe ramię się unosi, albo też opada. To odpowiadałoby też poniekąd zapatrywaniu Dresla, który twierdzi, że drażniąc nerw współczulny, drażni się w pewnej mierze nerw błędny i odwrotnie.

Naszem zdaniem możnaby wytłumaczyć działanie układu współczulnego o wiele przystępniej. Można przyjąć, że mamy do czynienia podobnie jak przy wahadle zegarowem z pewnym punktem wyjścia dla systemu wegetatywnego, około którego system ten już normalnie czyni pewne oscylacje. W warunkach patologicznych system nagle wpada w stan podrażnienia lub porażenia.

Teorja monistyczna ma obecnie jaknajwięcej zwolenników, ale jest ona o tyle skomplikowaną, iż nie dotyczy tylko układu współczulnego, lecz całego systemu wegetatywnego wraz z elektrolitami i gruczołami dokrewnemi.

Jakie są praktyczne wyniki tych doświadczeń?

O tem możnaby mówić bardzo długo, jednak lepiej będzie poruszyć tylko najważniejsze punkty.

Przedewszystkiem można przyjąć, że *wśród tych różnych środków t. zw. wegetatywnych istnieją tylko dwie grupy:* jedne, które pobudzają, a drugie, które porażają cały system wegetatywny, a nie jak przedtem myślano, że istnieją środki pobudzające i porażające poszczególne części tego systemu.

Na podstawie najnowszych badań Bergmanna uważa się, iż *wrzód żołądkowy* jest wynikiem złej czynności systemu wegetatywnego. Bergmann nazywa tych ludzi wegetatywnie stygmatyzowanymi.

System nerwowy jest w tym wypadku z pewnością podrażniony i można uzyskać poprawę dając choremu atropinę. Leczenie to dało w wielu wypadkach dobre wyniki i tylko w niektórych wypadkach zawodzi. Są to z pewnością ci chorzy, u których podrażnienie układu współczulnego jest zbyt silne, by atropina była w stanie je zupełnie usunąć.

Dalej można tutaj omówić również *kwestję dychawicy i dusznicy bolesnej.* Interesuje nas przedewszystkiem leczenie chirurgiczne tych chorych. Brünning, Jonescu i inni wykonywali u tych chorych przecięcie nerwu współczulnego. W przeciwieństwie do nich przecinali Eppinger i Hofer ramię zstępujące nerwu błędnego. Wykonano zatem operacje różne na obu częściach układu współczulnego, a ciekawem jest, że wszyscy autorowie podają dobre wyniki tych dwóch metod operacyjnych.

To samo można było skonstatować u naszych królików, u których usunięto działanie amonjaku przez przecięcie nerwu współczulnego, jakoteż błednego. Nasze doświadczenia dotyczą w tym wypadku tylko zwierząt, a nie były wykonane na ludziach, lecz mimo to są ciekawe.

Możnaby powiedzieć, że dychawicę i dusznicę bolesną wywołuje silna pobudliwość lub podrażnienie układu współczulnego. Podrażnienie to jest powodowane przez zbyt silny przypływ podrażnień pierwotnych z komórek obwodowych, a wywołanych odmiennym składem elektrolitów. Przecinając nerw błędny lub współczulny, zmniejsza się ten dopływ czynników drażniących i w ten sposób osiąga poprawę. Układ współczulny odgrywa tutaj rolę pośrednika pomiędzy organem pierwotnym a organem wykonującym. Dlatego też leczenie środkami wegetatywnemi działającemi tylko na układ współczulny a nie na cały system wegetatywny jest czysto symptomatyczne.

Bardzo ciekawy jest *stosunek systemu wegetatywnego do gruźlicy.* Różni autorzy podają związek między różnemi postaciami gruźlicy, reakcją na tuberkulinę, zaburzeniami miesiączkowania i t. d. z jednej strony, a systemem wegetatywnym z drugiej strony. Choroby długotrwałe zwłaszcza gruźlica wywierają niezawodnie wpływ na system wegetatywny. Już w r. 1863 pisze Schöder von der Kalk (cyt. wedł. Boveta)*) o gruźlicy, jako newrozie systemu wegetatywnego. Eppinger i Hess twierdzą, że u chorych na gruźlicę uszkodzony jest układ współczulny. Inni starali się znaleść związek między pewnemi postaciami gruźlicy, a stanami sympatykotonji, względnie wagotonji. Według Deutscha i Hoffmanna mamy do czynienia w stadjum początkowem z podrażnieniem nerwu współczulnego, w dalszych stadjach z jego osłabieniem. Zła prognoza będzie u tych chorych, u których zachodzi stale wagotonja. Podobne wyniki badań ogłosił Guth. W lekkich przypadkach gruźlicy znalazł on wzrastającą krzywę adrenaliny, natomiast w ciężkich przypadkach opadającą krzywę czyli osłabienie układu współczulnego. Siły odpornościowe organizmu polegają na stanach podrażnienia systemu wegetatywnego. U ludzi, u których ustrój nerwowy jest podrażniony, można łatwiej osiągnąć poprawę lub wyleczenie, aniżeli u tych, których ustrój nerwowy jest porażony.

Inni autorzy podają inne wyniki swych badań. Schut znajduje n. p. w przypadkach eksudatywnych oznaki podrażnienia układu współczulnego a mianowicie: gorączkę, przyśpieszenie tętna, bezkwaśność, *mydriasis* i t. d., zaznacza jednak, że mamy tutaj do czynienia raczej z uszkodzoną równowagą, aniżeli z podrażnieniem układu współczulnego. Gall badał odruch okulokardjalny i przychodzi do przekonania, że reakcje wagotoniczne przeważają w wypadkach wytwórczych, a reakcje sympatykotoniczne w przypadkach wysiękowych. Zwraca on też uwagę na dobrotliwość gruźlicy w przypadkach, w których zachodzą równocześnie choroby t. zw. wagotoniczne, jak *Asthma bronchiale, Ulcus ventriculi, Morbus Basedovi.*

A zatem i tutaj są zdania poszczególnych autorów jeszcze bardzo podzielone.

Przeprowadzając nasze badania u chorych, wyszukaliśmy dwie grupy chorych: jednych, u których rokowanie jest, o ile to można zgóry osądzić, dobre i drugich, u których rokowanie musi wypaść źle. Niestety nie mogliśmy znaleść żadnego stosunku pomiędzy osiągniętemi krzywemi a stanem chorobowym. Zdaje się, że metoda nie była dość dokładna, by mogła wykazać swoiste zmiany systemu wegetatywnego u chorego na gruźlicę. Mimo to istnieje z pewnością związek, gdyż obserwując chorych i widząc, jak n. p. w przeciągu krótkiego czasu niektórzy przybierają 10 do 15 kg na wadze w kilku tygodniach, musi się przypuścić, iż fakt ten jest zależny od działania systemu wegetatywnego.

Szczególnie dobrze można zaobserwować te zmiany w klimacie wysokogórskim, który jest, jak wiadomo, ważnym czynnikiem leczniczym gruźlicy. Klimat ten jest wielkim bodźcem dla przemiany materji i dla wszystkich czynności wegetatywnych. Badając krew, można dowieść, że ilość wapnia się zmniejsza, a ilość potasu w górach względnie się powiększa. Dowodzi to, iż system wegetatywny działa w górach inaczej aniżeli w nizinie i że zmiany te idą w parze z jego podrażnieniem (dawna sympatykotonja).

Mimo wielu prac na temat systemu wegetatywnego badania nie są jeszcze ukończone, a pozostaje jeszcze wiele kwestyj do rozwiązania. Niemniej można już teraz na podstawie osiągniętych danych zrozumieć o wiele łatwiej fizjologię i patologię tego systemu.

*) Die Rolle des vegetativen Systems in der Tuberkulose. Zurych 1928.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych.
Nr. Insp. Z. 705/31.

Warszawa, dnia 28 maja 1931 roku.

Okólnik Nr. 92.

Powiatowa księga sanitarna.

Do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

Nawiązując do okólnika Nr. 155 Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z dnia 28 grudnia 1926 r. Nr. Z. O. 8728/26, zamieszczonego w zbiorze zarządzeń na str. 1660 poz. 4, i zmieniając częściowo pismo okólne z dnia 5. I. 1928 r. Nr. Z. O. 94/28 (Zb. zarz. M. S. W. 1664 poz. 5), Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia) załącza powiatową księgę sanitarną, dostosowaną do układu wojewódzkich ksiąg sanitarnych, z prośbą o przesłanie do Starostw po jednym egzemplarzu wraz z zapasowemi arkuszami w celu wypełnienia przez lekarzy powiatowych odpowiednich rubryk na podstawie dotychczas prowadzonych ksiąg sanitarnych powiatu, oraz uzupełnienia nowych rubryk przez zebranie potrzebnych danych.

Jednocześnie dla ułatwienia lekarzom powiatowym opracowania ksiąg sanitarnych proszę Pana Wojewodę o wydanie właściwych zarządzeń, ażeby kierownicy referatów Starostw, Wydziałów Powiatowych i Zarządów miast udzielali p. p. lekarzom powiatowym potrzebnych ścisłych i sprawdzonych danych.

Sposób prowadzenia wspomnianych powyżej ksiąg określa dołączona do niniejszego okólnika instrukcja.

Dr. Piestrzyński, Dyr. Departamentu Służby Zdrowia.

Nr. Insp. Z. 704/31.

Instrukcja,

dotycząca sposobu prowadzenia powiatowych ksiąg sanitarnych.

Powiatowa księga sanitarna, będąca odzwierciedleniem stanu sanitarnego powiatu i dokumentem pracy lekarza powiatowego, winna być prowadzona pismem czytelnem (o ile możności maszynowem), nie może zawierać wątpliwych, nieścisłych i niesprawdzonych danych, przekreśleń i poprawek, winna być starannie przechowywana przez lekarza powiatowego i być dostępna dla inspekcji ministerjalnej i wojewódzkiej.

Każdy arkusz księgi sanitarnej winien być podpisany przez lekarza powiatowego, który jest osobiście odpowiedzialny za prawdziwość i dokładność zawartych w powiatowej księdze sanitarnej danych.

Za okres sprawozdawczy należy uważać rok budżetowy, t. j. czas od 1 kwietnia do 31 marca.

Dane za rok budżetowy 1930/31 winny być wniesione do nowej księgi sanitarnej.

Zmiany, które zajdą w latach następnych w pewnych działach, winny być odnotowane na arkuszach zapasowych i wstawione do skoroszytu w odpowiednich miejscach.

Dawne księgi sanitarne należy przechować w archiwum dla celów ewentualnych porównawczych sprawdzań.

O ile zebranie ścisłych danych dla uzupełnienia nowych rubryk w księdze sanitarnej byłoby narazie utrudnione lub niemożliwe, należy to omówić w uwagach do każdego arkusza.

W razie braku miejsca dla uwag nie należy pisać ich na odwrocie, lecz na oddzielnym arkuszu, który otrzyma liczbę poprzedniego arkusza z dodatkiem: a, b, c i t. d.

Do str. 28 i 29. Jeżeli nazwa miejscowości nie zmieści się w kratkach, a przychodni, sanatorjów, szpitali i t. p. na terenie powiatu jest mniej, niż kratek na arkuszu, należy dla nazwy miejscowości zająć 2 lub 3 kratki i tak rozszerzone rubryki oddzielić od siebie grubszą linją.

W razie braku na arkuszu rubryk, dalszy ciąg danego działu należy pisać na odpowiednio pokratkowanym arkuszu zwykłego papieru, odpowiedniego wymiaru, oznaczając go także poprzednią liczbą z dodatkiem: a, b, c i t. d.

Dr. *Piestrzyński*, Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.

OCENY I SPRAWOZDANIA.

R. Bensaude: *Maladies de l'intestin (Serie I.)*. Masson et Cie. Paris 1931. — Str. 345. Cena 55 fr. fr.

Dzieło omawiane powstało z notatek słuchaczy kursów o chorobach jelit, urządzanych rokrocznie przez autora od lat 20. Rozszerzone i uzupełnione przy czynnym współudziale uczniów ukazują się teraz wykłady mistrza proktologji francuskiej w postaci książki, która jednoczy w sobie zalety interesującego wykładu praktycznego z systematycznością podręcznika naukowego.

Doniosłym celem Bensaude'a jest m. i. propaganda ściślejszej współpracy chirurga z internistą, który niedość często korzysta z nowych sposobów badania i leczenia zwłaszcza w zakresie chirurgii anorektalnej. Już choćby z tej tylko racji należy życzyć książce rozpowszechnienia, zasłużonego też pod każdym innym względem.

O bogactwie treści świadczą podtytuły pierwszego tomu dzieła: *Exploration — Constipation, Diarrhee-Syphilis gastrointestinale — Traitement hydrominéral.*

Finkel (Lwów).

La pratique médicale illustrée.

Pod tym tytułem wychodzi w Paryżu nakładem Gastona Doin i Sp. cykl szkiców klinicznych z najrozmaitszych dziedzin medycyny. W poszczególnych tomikach tego zbioru, obejmujących każdy około 50 stron in 8°, opracowywują specjaliści dane problemy pod ogólnem kierownictwem Prof. Sergent'a, R. Mignot'a i R. Turpin'a.

Wydawnictwo takich monografij *en miniature* jest nadzwyczaj pożyteczne i potrzebne, ponieważ cały szereg zagadnień, praktycznie ważnych a pomijanych zwykle milczeniem lub pobieżnie wzmiankowanych w ogólnych podręcznikach lekarskich, znalazł tu syntetyczne ujęcie i należyte wyświetlenie.

Finkel (Lwów).

G. Cassade et A. Tardieu: *Manifestations pleuropulmonaires et therapeutique du rheumatisme articulaire aigu (Médication salicylee)*. G. Doin et Cie. Paris 1931. Str. 48. Cena 15 fr. fr.

W rozległej grupie przypadków ostrego gośćca stawowego, powikłanego schorzeniami płuc i opłucnej, należy wyróżnić — zdaniem autorów — te przypadki, których etjologja swoista nie ulega wątpliwości od tych, które są spowodowane zakażeniem wtórnem lub też niedomogą mięśnia sercowego. W rozpoznaniu różniczkowem bardzo ważnem jest m. i. wnioskowanie *ex iuvantibus*.

Przypadki bowiem pochodzenia niewątpliwie reumatycznego są nader podatne dla leczenia salicylanem sodu w przeciwstawieniu do wszystkich innych, w których leczenie to nie odnosi żadnego skutku.

W sprawie leczenia w ogólności autorowie są stanowczymi zwolennikami wielkich dawek salicylanu sodowego, podawanych z przerwami przy należytem uwzględnieniu codziennego wydalenia leku z moczem, oraz osobniczych właściwości ustroju chorego. Bezskuteczność zaś leczenia salicylowego odnieść można najczęściej do niewłaściwego stosowania zbyt małych doz lekarstwa. Wyjątkowo tylko zdarzają się przypadki rzeczywiście oporne na leczenie swoiste, w których zaleca się leczenie kombinowane (salicylem z tyreoidyną, siarką i t. p.).

Co się tyczy występowania rozmaitych objawów gruźlicy w łączności z przebiegiem ostrego reumatyzmu autorzy uważają, że obie te sprawy chorobowe pozostają do siebie w stosunku niezależności etjologicznej i nie należy sprowadzać ich do jednego mianownika. Choroba Bouillaud'a — jak francuzi nazywają gościec — nie wyklucza współistnienia gruźlicy, rozwijającej się mniej lub więcej gwałtownie.

Emile Sergent: *Les bases fondamentales de l'auscultation*. G. Doin et Cie. — Paris. 1931. — Str. 59. — Cena 16 fr. fr.

W słowie wstępnem zaznacza Prof. Sergent, że był zawsze zdziwiony uderzającą niedostatecznością zasadniczych wiadomości odnośnie do interpretacji szmerów oddechowych tak u studentów, jako też u lekarzy francuskich. To też celem tej publikacji jest zaradzić wspomnianym brakom. Lecz i u nas, gdzie żalić się można raczej na przeładowanie teorją kosztem praktycznego wyszkolenia, przypomnienie sobie tych zasad nie będzie może od rzeczy zwłaszcza, że autor uwzględnia tu najnowsze badania (po części własne).

E. Donzelot: *L'Infarctus du myocarde*. G. Doin et Cie. — Paris 1931. — Str. 24. — Cena 8 fr. fr.

Jakkolwiek anatomopatologom zawał mięśnia sercowego znany jest od dość dawna, to jednak w klinice przez dłuższy czas utrzymywało się mniemanie, że infarkt sercowy nie da się za życia rozpoznać. Obecnie jest to już nietylko możliwe, ale nawet łatwe.

Klinicznie można różne objawy infarktu serca sprowadzić do dwóch typów: zespołu objawów dusznicowego *(forme angineuse)*, w którym na pierwszy plan wybija się charakterystyczny ból, oraz postaci, w której przeważają objawy niedomogi serca. W przypadkach pierwszego typu można postawić rozpoznanie z łatwością. Drugi typ, klinicznie mniej wyrazisty i rzadszy, wymaga niekiedy ustalenia diagnozy zapomocą badań dodatkowych, a przedewszystkiem elektrokardjogramu.

Leczenie ma na celu potrójne zadanie: najpierw uśmierzenie bólu, następnie przywrócenie wydolności czynnościowej narządu krążenia, w końcu zapobieganie ewentualnym zapaściom.

Pr. Merklen et E. Aron: *Les cardiorenaux*. G. Doin et Cie. Paris. 1931. — Str. 42. — Cena 15 fr. fr.

Autorzy dalecy są od chęci restytuowania terminu *„cardiorenal"* w dawnem tego słowa znaczeniu i przyznają, że nie można go uważać za etykietę jakowejś jednostki klinicznej, ale raczej za splot objawów chorobowych ze strony dwóch narządów, będących w ścisłej zależności wzajemnej. Tak etjologja i patogeneza, jakoteż przebieg i prognoza bywają u chorych równocześnie na serce i nerki nieraz zupełnie odmienne. W pracy swej autorzy szkicują i analizują szczegółowo różne odmiany zespołu sercowonerkowego.

Studjum godne uwagi ze względu na sposób podejścia ku znanym zresztą rzeczom.

Finkel (Lwów).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy, rok XX, nr. 8, z 15 sierpnia 1931: St. Leszczyński: Potrzeba badań klimatologicznych w naszych uzdrowiskach. — S. Grabianka: Centrum emanoterapeutyczne w Caen. — W. Chodźko: Uzdrowiska polskie wobec postulatów higjeny społecznej. — K. Sawicz: O wziewaniach solankowych. — L. Korczyński: Warsztaty pracy dla fachowców przemysłu uzdrowiskowego.

Wiadomości farmaceutyczne: A. Maurizio: Pierwotne rośliny pożywne i lekarskie. Sprawy zawodowe.

Wiadomości kas chorych, rok II, zeszyt 13—14, z roku 1931: Zarządzenia O. P. Z. K. Ch. — Zagadnienia lecznictwa społecznego. Międzynarodowe umowy ubezpieczeniowe. — Lecznictwo sanatoryjne i szpitalnictwo. — Z zagadnień organizacyjnych kas chorych. Dział sprawozdawczy. — Praca i opieka społeczna. — Bezrobocie. — Higjena pracy i choroby zawodowe. — Opieka nad dziećmi i młodzieżą. — Kongresy i zjazdy.

Przegląd weterynaryjny, rok XLIV, nr. 8, z sierpnia 1931: J. Zenkner: Znaczenie ubytków błony śluzowej prostnicy. — W. Gerczak: O białaczkach i dwa przypadki białaczki u psów. — T. Moraw: Luxatio tendinis musculi flexoris sublimis, kończyny dolnej u konia.

Lekarz Polski, rok VII, nr. 8, z 1 sierpnia 1931: G. Szule: W sprawie Państwowego Zakładu Higjeny. — A. P. Dom lekarza polskiego. — St. Rudzki: Ustawodawcza walka z gruźlicą (c. d.). — St. Sterling-Okuniewski: Kilka rozmyślań z pobytu w Czechosłowacji. — M. Kwaśniewski: O uzdrowienie metod pracy w organizacjach lekarskich. — Medycyna społeczna zagranicą. — Z ubezpieczeń społecznych. — Z. Rudolf: Z działalności publicznej służby zdrowia.

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok VIII, nr. 34—35, z 27 sierpnia 1931: M. Szour i A. Zwayer: O leczeniu zrostów otrzewnowych promieniami Roentgena. — M. Biro: Dystrofja mięśni postępująca. — S. Tenenbaum: Przypadek ostrego żółtego zaniku wątroby. — S. Bau-Prusakowa: Stwardnienie rozsiane w świetle nowszych badań (Streszcz. pogl.), (c. d.). — R. Becker: Choroby psychiczne śród żydów w Polsce.

Nowotwory — Biuletyn polskiego Komitetu do zwalczania raka, tom VI, nr. 2, z roku 1931. A. Ostrčil i F. V. Novak: O używaniu długotrwałych indukcyj radjoaktywnych w lecznictwie. — J. Stejn: O chloromacie. — W. Karnicki: Wpływ gruczołów dokrewnych na powstawanie i zachowanie się nowotworów doświadczalnych. — K. Kosieradzki: W sprawie raka u osobników młodych.

Dziecko i Matka, rok VI, nr. 16, z roku 1931: J. Podkolińska: Dziecko rozpieszczone. — M. Benisławska: Stosunek dziecka do pracy i przyrody. — M. Morzkowska: Pierwszy jadłospis dziecka. — St. Pfanhauserówna: Przestrogi letnie i jesienne. — H. Niemczycka: Dziecko się poci. — M. Kłosińska: Zaburzenia trawienne.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo francuskie.

Paris Chirurgical.

1930 (6—8).

Dupuy de Frenelle. *Spondylitis traumatica.* Uważa za następstwo zniszczeń w zakresie istoty gąbczastej trzonów kręgowych. Powolny rozwój idzie w parze z odwapnieniem spowodowanem zaburzeniami naczynioruchowemi lub gorszem odżywieniem z powodu nadwyrężenia tarcz międzykręgowych. Badanie rentgenowskie, które każe wykonywać systematycznie co miesiąc, może przez długi czas niczego nie wykazywać. Radzi stosować usztywnienie chorego odcinka kręgosłupa przeszczepem kostnym, który powinien na dużej przestrzeni przylegać do obnażonych z okostnej kręgów. Przeszczep wpływa wybitnie na zwapnienie chorych trzonów.

Dupuy de Frenelle: *Pancreatitis chronica.* Naogół charakteryzuje bóle okresowe lub napadowe, promieniujące często do kąta żebrowo-lędźwiowego. Czasem podwyżka ciepłoty do 38° C. Czasem żółtaczka niezmieniająca się po napadach bólów. Rozpoznanie kieruje się zazwyczaj ku kamicy żółciowej z okresowem zakażeniem dróg żółciowych. Praktycznie najkorzystniejsze są zabiegi przeciw zastojowi żółci i zespolenie pęcherzyka z żołądkiem; gdy zaś pęcherzyk jest bardzo zmieniony — wycięcie tegoż i zespolenie przewodu wspólnego z dwunastnicą. Na samej trzustce możliwe są zabiegi bardziej doszczętne: 1) nacięcie i odsunięcie jej torebki daje czasem znaczną poprawę, nawet wyleczenie; 2) pankreatostomja przez nacięcie termokauterem ewentualnej torbieli lub tylnej powierzchni trzustki, dla uwolnienia przewodu wspólnego.

Maurice Patel: *Leczenie stawów rzekomych szyjki kości udowej.* Rozróżnia 3 grupy: 1) Złamania wskutek rozrzedzenia kości, urazowe w późnym wieku lub wogóle samoistne; te nie rokują żadnej poprawy; 2) złamania śródstawowe, gdzie przecież silna torebka utrzymuje należyte położenie odłamków, a czynnościowo kończyna pracuje dość dobrze z małemi dolegliwościami; u ludzi starszych nie operuje, u młodych dąży do zupełnego zrostu po zabiegu krwawym, 3) stawy rzekome ze złą czynnością, gdzie chodzenie nie jest wogóle możliwe lub tylko z wielkiemi trudnościami — zawsze zabieg operacyjny. Przy złamaniach śródstawowych wbija klin w piszczeli, nie odświeżając odłamków, by nie otwierać stawu; przy pozastawowych odświeża dokładnie powierzchnie odłamów i łączy śrubą. W obu grupach miał wyniki bardzo dobre.

Le Roy des Barres: *Technika wycięcia gruczołów przy raku prącia.* Opisuje szczegółowo anatomję dróg i gruczołów chłonnych tej okolicy. Praktycznie wycina zasadniczo gruczoły i tkankę podskórną obu trójkątów Scarpy, okolic pachwinowych z gruczołem Cloqueta i okolicy tuż ponad spojeniem łonowem. Używa do tego cięcia łukowatego przez oba fałdy pachwinowe z dodaniem 2 cięć podłużnych wzdłuż naczyń udowych. Preparat uzyskuje w jednym kawałku w kształcie motyla, zawsze drenuje pachwiny, ewentualnie z osobnych nacięć położonych bardziej przyśrodkowo. Gruczoły wzdłuż tętnic biodrowych zewnętrznych i wspólnych zajęte są tylko w bardzo posuniętych przypadkach, nie nadających się do zabiegu z powodu równoczesnego charłactwa.

Czyżewski (Lwów).

Piśmiennictwo amerykańskie.

American Journal of Obstetrics and Gynecology.

V. XX. Nr. 3. wrzesień.

C. S. Harper, O. N. Andersen (Madison, Wis): *Wrodzony ubytek w przeponie i wpływ tego braku na zamartwicę noworodków.*

Opis dwóch przypadków (3 fotografje i 2 rentgenogramy).

A. S. Hyman (New York, City): *Nieregularność w czynności serca u płodu.* Są to fonokardjograficzne badania odnoszące się do zmian w regularnej czynności serca u płodu w okresie od 5-go do 8-go m. c. Zmiany te odnoszą się zarowno do częstotliwości jak i rytmu. Badania autora wykazały, że zdarzają się one stosunkowo dość często. Wszystkie zaburzenia regularnej czynności serca dzieli autor na 3 grupy. Pierwsza z nich obejmuje zaburzenia fizjologiczne z rozwijającą się niemiarowością zatokową. Często istnieje ona w całem dzieciństwie i znika dopiero później w okresie młodzieńczości. Nie ma specjalnego znaczenia klinicznego, nie należy jej jednak mieszać z trzecią i najpoważniejszą grupą.

Druga grupa obejmuje niemiarowości serca płodu polegające na przeskakiwaniach lub zmianach prawidłowego rytmu skutkiem wewnątrzmacicznej niemiarowości. Zaburzenie to było wielekroć opisywane pod różnemi nazwami, ogólne jednak wrażenie jest to, że nie należy ono do zbyt ciężkich, tembardziej, że znika zwykle już w ciągu kilku dni po porodzie. Przypadki autora potwierdzają to zapatrywanie i pozwalają wnioskować, że przyczyną zaburzeń sercowych w tej grupie jest nadmierna wrażliwość mięśnia sercowego, nabyta skutkiem nieodpowiedniej diety i zaniedbania wymogów higjeny ze strony ciężarnej. Podobnie jak w grupie pierwszej również i przypadki tej grupy należy oddzielić od grupy trzeciej.

Do tej bowiem (trzeciej) grupy zalicza autor przypadki, w których poważne zaburzenia serca płodu wymagają opieki zarówno położnika jak i kardjologa. Są to bowiem zmiany w systemie sercowo-naczyniowym dające obraz drżenia przedsionkowego.

Zdaniem autora badania fonokardjograficzne są bardzo ważnym i cennym środkiem pomocniczym w położnictwie, zwłaszcza w powikłaniach ciążowych na tle zaburzenia przemiany materji i zatruć ciążowych.

A. F. Lash (Chicago, Ill): *Krętki w gorączce połogowej.* Badanie flory z pochwy i szyi macicy kobiet ciężarnych, rodzących, w połogu i nieciężarnych wykazało obecność krętków różniących się od krętka bladego. Na 98 zdrowych ciężarnych krętki wspomniane znaleziono w wydzielinie pochwowej trzech kobiet.

Pierwsza z nich miała również maczugowce błonicy, paciorkowce zieleniejące, druga maczugowce błonicy i sześciankę czworaczą, trzecia zaś gronkowce białe i złociste.

W wydzielinie szyi 40 kobiet przed wycięciem trąbek znaleziono dwa razy te krętki. Odpowiada to badaniom Filippa, u prawidłowych ciężarnych i położnic.

Z 118 chorych na gorączkę połogową u 8 wykazano krętki. Czyni to 6,8% przyp.

Autor sądzi, że badanie wydzieliny pochwowej i zwracanie uwagi na wspomniane krętki może mieć znaczenie nietylko rozpoznawcze, a'e też lecznicze i dla rokowania.

B. E. Urdan (Milwaukee, Wis.): *Ciąża zewnątrzmaciczna.* (Studjum kliniczne 474 przypadków). Zestawienie autora obejmuje 474 przypadków ciąży zewnątrzmacicznej w czasie od 1. I. 1912 do 1. III. 1930 r. w szpitalu Mount Sinai. Były to kobiety w wieku od 19—45 lat włącznie. Niezamężnych było 7, wdowy 2, zamężnych zanotowano 400 i to od 2 miesięcy do 26 lat. Z wywiadów ustalono, że u 91 kobiet była to dopiero pierwsza ciąża. Jedna chora rodziła już 15 razy. Większość kobiet (58,73%) przebyła już 1, 2 lub 3 ciąże.

Ze względu na ewentualne przyczyny badano też, czy ciążę zewnątrzmaciczną poprzedzał okres niepłodności, mogący świadczyć o przypuszczalnem zakażeniu rzeżączką i sprawach zapalnych w miednicy małej. Przeciętnie okres niepłodności w 308 badanych przypadkach trwał 3,95 lat. Niepłodność pierwotną wykazano w 91 przyp., 44 kobiet było zamężnych 3 lata lub nawet dłużej, 81 kobiet miało tylko 1 dziecko przed ciążą zewnątrzmaciczną. Autor sądzi, że niepłodność poprzedzająca ciąże zewnątrzmaciczną nie odgrywa zbyt wielkiej roli, gdyż zaledwie 10% przypadków zaliczyć można do tej grupy. O wiele ważniejszą przyczyną wydają się być sprawy zapalne w miednicy małej, głównie na tle przebytych porodów i poronień.

Zasadniczym objawem ciąży zewnątrzmacicznej jest ból i krwawienie. Zwłaszcza ból przenikający ku łopatkom, połączony z omdleniami i występujący po 5—6 tygodniowem zatrzymaniu miesiączki. Niektóre jednak chore poczęły krwawić już w trzy tygodnie po ostatniej prawidłowej miesiączce. Krwawienie to było mniejsze aniże'i w przebiegu poronienia. Przyczyną jego było obumarcie jaja płodowego i wydalanie doczesnej z macicy. Wyskrobanie samej tylko doczesnej jest typowe i charakterystyczne dla ciąży zewnątrzmacicznej.

Co się tyczy ciepłoty, to może ona ulegać nieznacznym podwyżkom, tętno natomiast zależne jest od nasilenia krwawień i może być niewspółmierne z ciepłotą. Badanie krwi nie zawsze daje wskazówki i należy pamiętać, że po większych krwotokach do jamy brzusznej ilość ciałek białych może być zwiększona, co jeszcze nie oznacza sprawy zapalnej lub zakażenia.

Naogół rozpoznanie kliniczne ciąży zewnątrzmacicznej — wyjąwszy przypadki silnych krwotoków — nie jest łatwe. W zestawieniu autora trafne rozpoznanie miano w 58%. Dlatego też każda zmiana typowych krwawień miesięcznych, zwłaszcza gdy towarzyszy jest charakterystyczny, poprzednio opisany ból, powinna zwracać uwagę lekarza w kierunku ciąży zewnątrzmacicznej. Jeśli idzie o rozpoznanie różniczkowe pomiędzy ciążą zewnątrzmaciczną i zapaleniem, dobre usługi niekiedy oddaje próba opadania krwinek i Aschheima-Zondeka. W celu wykluczenia abscesu w jamie Douglasa można wykonać punkcję próbną.

Z chwilą stwierdzenia ciąży zewnątrzmacicznej należy bez zwłoki wykonać otwarcia jamy brzusznej, dopóki niema jeszcze silnego krwawienia i stan chorej jest pomyślny. Kobietom silnie skrwawionym można przetoczyć kilkaset cm³ krwi.

Zejście ciąży zewnątrzmacicznej jest pęknięcie trąbki (40,50% przyp.) lub poronienie trąbkowe (48,31% przyp.).

Śmiertelność wynosiła ogółem 14, t. j. 2,95% przyp. Z tych 5 kobiet zmarło z powodu niedokrwistości i wstrząsu towarzyszącego skrwawieniu się, 2 kobiety skutkiem wtórnego krwawienia. Inne miały powikłania ze strony innych narządów.

H. C. Alward (Rochester, N. Y.): *Zdolność życiowa kobiet w ostatnich miesiącach ciąży i w połogu.* Spostrzeżenia autora odnoszą się do 60 kobiet. Badania przeprowadzono w ostatnich miesiącach ciąży i w połogu a wyniki notowano zapomocą tablic Myersa.

Wynikiem tych spostrzeżeń jest przekonanie autora, że u większości kobiet w okresie przed samym porodem jako też po porodzie zdolność życiowa jest nieco mniejsza niż prawidłowo. Dotyczy to zwłaszcza ostatnich 2 tygodni ciąży. Począwszy od porodu zdolność życiowa kobiet poczyna się zwiększać tak, że do normy wraca około 10-go dnia połogu.

Fr. Arzt (St. Louis, Mo): *Dalsze badania soku żołądkowego w ciąży.* Badania autora obejmują 50 ciężarnych. Wykazały one we wszystkich przypadkach zmniejszenie ilości wolnego kwasu solnego i to głównie w początkowych miesiącach ciąży, kiedy nudności i wymioty są częstsze. U 29 kobiet w tym okresie nie stwierdzono zupełnie wolnego kwasu solnego, autor zaś przypisuje to wyrównaniu kwasoty przez alkaliczną treść przedostającą się z dwunastnicy do żołądka *(regurgitation).*

K. Wiślański (Lwów).

Clinical Medicine And Surgery.

Vol. 37. Nr. 10 Październik 1930.

Ch. W. Green: *Używanie kawy z lekarskiego punktu widzenia.* G. uważa, że przez dodatek cykorji kawa staje się mniej szkodliwa.

E. P. Cumberbatch: *Elektrotermiczne sposoby leczenia trocznia pospolitego.* Szczegółowy opis różnych sposobów elektrokoagulacji i t. p. oraz połączenie ich z naświetlaniami promieniami pozafiołkowemi.

Ch. J. Drueck: *Rentgenografja kliniczna jelita grubego i prostnicy.* Jedynem rozpoznaniem czysto rentgenologicznem w tym zakresie jest *diverticulosis.* D. zajmuje się obrazami rentgenologicznemi najczęstszych chorób jelita.

Vol. 37. Nr. 11 Listopad 1930.

F. Leblanc: *Tlen parenteralnie.* L. stosuje tlen podskórnie, a nawet dożylnie i dosercowo w zapaleniu płuc i chorobach serca.

A. Knapp: *Polyneuritis i arthritis.* K. opisuje szereg przypadków, które wzbudzają podejrzenie, iż czynnik wywołujący schorzenia gośćcowe powoduje również i zapalenia nerwów.

W. B. Snow: *O chorobie Graves'a.* S. przemawia za zachowawczem leczeniem, powtarzając poglądy Bram'a.

J. F. Montague: *Świąd, krwawnice i rak odbytnicy. Pruritus* albo może być wywołany przez czynniki miejscowe, lub być rodzajem odruchu, który dopiero wtórnie przez reakcje chorego, zmienia się w wywołany przez czynniki miejscowe. W części tych zaburzeń M. wykonuje mały zabieg, polegający na przecięciu nerwów odpowiednich w ten sposób ustępuje świąd i jest czas na leczenie jego przyczyny (zapalenie krypt Morgagniego i t. p.), zanimby powrócił. W guzach krwawniczych wewnętrznych poleca wstrzykiwanie roztworów obliterujących. W raku stosuje rad.

Vol. 37. Nr. 12 Grudzień 1930.

A. B. Constant: *Fizjopatologja woreczka żółciowego.* Opróżnienie się woreczka żółciowego odbywa się przez działanie ssące wskutek ruchu dwunastnicy, oraz przez sprężystość włóknistą ścian woreczka odgrywającą rolę przy wypełnianiu się żółcią z wątroby. Środki żółciopędne są więc wtedy skuteczne, gdy pobudzają ruchy robaczkowe dwunastnicy. Zakażenie woreczka żółciowego śródścienne jest niezwykle częste. Żółć sama jest przytem z reguły jałowa.

H. W. Rothman: *Leczenie wlewaniami dojelitowemi.* W zaburzeniach jelitowych R. po'eca wlewania płynu zawierającego *B. acidophilus* po uprzedniem zastosowaniu środka antyseptycznego, celem stłumienia innej flory bakteryjnej jelit.

A. M. Torrance: *Meningokokowe zapalenie mózgu pourazowe. Opis* dwu przypadków.

G. K. Abott: *Działanie naczynioruchowe wodolecznictwa:* A. podkreśla ważność wodolecznictwa i omawia działanie na układ naczynioruchowy:

1) w niedomodze serca przy wadzie zastawki dwudzielnej bez niemiarowości: gorąca kąpiel dla stóp z równoczesnem nacieraniem reszty ciała zimną wodą; kąpiel Nauheim'ska winna być chłodna.

2) w nadtarczyczności: naczynia obwodowe są rozszerzone, ich czynność jednak jest żywa, stąd wielkie amplitudy ciśnień. Jako przygotowanie do zabiegu worek z lodem na serce na 20 minut, poczem na tarczycę na 20 minut, raz lub dwa razy dziennie zimne nacierania w chłodnym pokoju.

3) w grypowem zapaleniu płuc: w okresie nawału najlepiej działa gorąco: gorąca kąpiel dla stóp, gorące owijania klatki piersiowej i gorące napoje. Następnie przerywając gorące aplikacje, naciera się część po części zimną wodą. Gorąco rozszerza naczynia obwodowe, a zimno przywraca napięcie ścian naczyń oraz pobudza krążenie.

Bincer (Kraków).

Piśmiennictwo niemieckie.

Medizinische Klinik.

Nr. 5, 1931.

Dr. Martens: *Ostra martwica trzustki.* Ostrą nekrozę trzustki rzadko stosunkowo się rozpoznaje, chociaż nie jest tak rzadką jednostka chorobowa, ponieważ przebiega pod obrazem ostrego zapalenia otrzewnej z mało charakterystycznemi objawami dla siebie. Dlatego też sprawy jak ostre zapalenie wyrostka robaczko-

wego, woreczka żółciowego, przebicie wrzodu żołądka wchodzą w grę w różnicowaniu z tą jednostką chorobową. Jako ważny moment diagnostyczny podaje autor przy ostrej martwicy trzustki reakcję wykazującą obecność fermentu diastatycznego w moczu oraz zaburzenie w ilościach cukru we krwi. Co do tła samej sprawy, to składa się zwykle na nią kilka czynników etjologicznych. i tak arterjoskleroza, lues, alkoholizm, otyłość są tem podłożem, z którem jeśli się zbiegną takie czynniki jak uraz mechaniczny w brzuch, kamica żółciowa, w której kamień tkwiący w przewodzie żółciowym zamyka odpływ z przewodu trzustkowego, kamica trzustkowa, zabiegi operacyjne na narządach jamy brzusznej, po których skrzepy w sposób postępujący lub cofający się wytwarzają zatory naczyń trzustkowych, mogą wywołać wydostanie się soku trzustkowego ze swojemi fermentami trawiennemi poza drogi odprowadzające trzustkowe, wywołując rozkład tłuszczów i powstawanie mydeł, trawienie białka otaczających tkanek i przedostanie się diastazy trzustkowej w wielkiej ilości drogą krwi do moczu. Z tego możemy skorzystać w powyżej przytoczonej reakcji diagnostycznej. Autor poleca leczenie czysto chirurgiczne.

Otto Sperling: *Badanie wskaźnikami ostrych stanów wyczerpania nerwowego.*

Neurastenja jest stanem wyczerpania nerwowego przejawiającego się rozmaitemi objawami. Można poniekąd ilościowo, graficznie mierzyć głębokość zaburzenia, polecając osobie badanej wykreślić na białym papierze linje do siebie równoległe, w równych odstępach. Drżenia lub nierówność linij wykreślonych dowodzą pewnych zaburzeń, zaś z stopnia tych nierówności wnosimy o głębokości zaburzeń nerwowych. Stosując pewne leczenie możemy graficznie porównać stan przed i po leczeniu i ocenić siłę działania środka.

Franz Windholz: *Dodatek do do diagnostyki fałdów przerostowych błony śluzowej żołądka.*

W pewnych formach przewlekłych stanów zapalnych błony śluzowej żołądka, stwierdzono przerost fałdów błony śluzowej, dający się wykazać w obrazie rentgenowskim. By jednak normalnie skurczonej błony śluzowej nie brać za zmienioną chorobowo, należy kilkakrotnie wykonać prześwietlenia i obrazy ze sobą porównać.

F. Stocker: *Patologja i terapja schorzenia oka, wywołanego działaniem H_2S.*

W źle przewietrzanych fabrykach, w których przy fabrykacji wydobywa się siarkowodór, wielu robotników zapada na cierpienia spojówki i rogówki przejawiające się w postaci łuszczenia się nabłonka rogówki, zwłaszcza w dolnych partjach, jako punktowane, czasami zlewające się owrzodzenia z łzawieniem, światłowstrętem i t. d. Schorzenie to jest zazwyczaj obustronne. W leczeniu najlepiej stosować maści obojętne; środków znieczulających jak kokaina autor nie radzi używać, ponieważ mogą tylko wzmóc światłowstręt.

H. Hilgenreiner: *Geneza Coxa vara.*

Müller: *Przypadek moczenia białkiem Bonce-Jones.* Chora skarżyła się na bóle w kościach, głowy, lędźwiach, na zaburzenia pobudliwości. W moczu stwierdzono obecność białka Bonce-Jonsa z wszystkiemi charakterystycznemi cechami dla nich. Badanie cytologiczne krwi wykazało nieznaczne przesunięcie na lewo obrazu ciałek białych. Reakcje serologiczne w kierunku luesu ujemne. Badania rentgenologiczne wykazały rozrzedzenie wszystkich kości, w szczególności kości czaszki, rozszerzenie naczyń mózgowych i w obrębie przysadki mózgowej ognisko zwapniałe. — W dotychczas opisywanych przypadkach prawie wszyscy na pierwszym planie podnoszą zaburzenia w kościach.

R. Kohler: *Zator tętnicy krezkowej górnej w czasie połogu.* Pierwiastka po prawidłowym porodzie, w 4 dniu połogu zaczęła się skarżyć na bóle w brzuchu zwłaszcza koło pępka, poza tem nie było innych objawów. Następnego dnia wystąpiły wymioty, biegunka, bóle napadowe w nadbrzuszu, ciepłota prawidłowa. Po wstrzyknięciu morfiny wszystkie objawy ustąpiły. Następnego dnia wystąpiły spontanicznie bóle, wymioty, napięcie powłok brzusznych, przyśpieszenie tętna. Po zastrzyknięciu podskórnem soli fizjologicznej, jako środka mającego w tym przypadku działać sugestywnie, objawy ustąpiły. A następnego dnia wśród objawów zapalenia otrzewnej otwarto jamę brzuszną i znaleziono pętle jelit silnie wzdęte, sine, w wielu miejscach zawały krwotoczne. Miejsce zgorzelinowe wycięto. — Chora po operacji zmarła. — Na sekcji stwierdzono zator tętnicy krezkowej górnej, *foramen ovale apertum* i przez niego najprawdopodobniej skrzep z splotów żylnych macicznych dostał się do krążenia tętniczego wielkiego.

Ludwik Berger: *Anemja złośliwa po resekcji żołądka.*

W kilka lat po resekcji żołądka spowodowanej rakiem żołądka, wystąpiły objawy anemji złośliwej ze zmianami charakterystycznemi we krwi, moczu i t. p. Po podaniu diety wątrobowej i kwasu solnego objawy dość szybko się cofnęły. W kilka miesięcy objawy nagle się nasiliły i w przeciągu kilkunastu dni nastąpiło zejście śmiertelne wśród objawów niedomogi mięśnia sercowego. — Obdukcja wykazała w płucach rozsianą gruźlicę prosówkową.

Kurt Ehrenberg: *Nowe badania nad schorzeniami zwierząt kopalnianych.*

Gerhard Schrek: *Trudności diagnostyczne w schorzeniach narządów jamy brzusznej. (Carcinoma coli).*

Chory w anamnezie miał przebytą kiłę i malarję. Od niedługiego czasu skarżył się na krótkość oddechu, strach — jakoteż biegunki naprzemian z zaparciem. — Badaniem stwierdzono *insufficientia mitralis et stenosis aortae in stadio decompensationis.* W jamie brzusznej znaleziono powiększoną wątrobę oraz pod lewym łukiem żebrowym guz mogący naśladować powiększoną śledzionę, który na podstawie anamnezy i badania rentgenologicznego uznano za raka okrężnicy. Obdukcja potwierdziła rozpoznanie kliniczne.

Nr. 6. — 1931.

J. Pal: *Hipertenzja, hipertonja i ich objawy.* Nie każde podniesienie ciśnienia krwi ma przyczynę w schorzeniu naczyń, jak to spotykamy w hipertonjach na tle zmian w nerkach które zaliczamy do postaci toksycznych nadciśnień. U osób z nadciśnieniem pierwotnem stwierdzono na dnie oka silnie zaznaczone pętle żył, o typowym i charakterystycznym przebiegu tylko dla tego schorzenia. Zauważono też że u hipertoników, osobników młodych, może zjawiać się żywe zaczerwienienie twarzy, jako wyraz tętniczego przekrwienia, co po wykluczeniu alkoholizmu, wpływów termicznych i schorzeń skóry może być uważane za objaw typowy dla nadciśnień pierwotnych.

Gustaw Guist: *Zmiany na dnie oka w hipertenzji i hipertonji.* Nadciśnienie krwi wywołuje na dnie oka zmiany w samych ścianach naczyń, jak również w ich przebiegu. By można było odnieść te zmiany do podniesionego ciśnienia krwi, muszą one występować symetrycznie na obu oczach. Istnieje jednostka chorobowa opisana przez Pala jako pierwotna hipertenzja, w której na dnie oka występują drobne żyłki o przebiegu korkociągowatym, nie mające jednak zgrubiałych ścian, natomiast tętnice są prawidłowe lub o ścieńczałych ścianach naczyniowych przy obecnym objawie Gunscha. W postaci nadciśnienia toksycznego (nerkowego) zgrubienie ściany naczyniowej dotyczy tak tętnic jak i żył, a objaw Gunscha widoczny jest w miejscu skrzyżowania tętnicy z żyłą.

Ernest Unger i Sostmann: *Sto przypadków ostrych schorzeń trzustki.* Autorzy zwracają uwagę, że procentowo nekrozy ostre trzustki spotyka się częściej u kobiet i to po liczniejszych porodach. Co do przyczyny schorzeń, to statystycznie wykazują, że najczęściej ostrej nekrozie trzustki towarzyszą zmiany w drogach żółciowych, a zwłaszcza kamica żółciowa, rzadziej już kamica samej trzustki. Jako moment diagnostyczny podnoszą reakcję Wohlgemuta na diastazę w moczu względnie we krwi. Diastaza może znaleść się w moczu także w innych sprawach jak *parotitis* lub jakiekolwiek urazy operacyjne na jamie brzusznej. Co do terapji stoją na stanowisku, by postacie lżejsze a zwłaszcza różniące się od nekrozy, ostre zapalenia trzustki leczyć zachowawczo. W przypadkach przebytej nekrozy trzustki obserwowano później zaburzenia w gospodarce węglowodanowej.

Hans Horsters: *Stan przewrażliwości po wstrzyknięciu abrodil'u.* U osobnika 46 letniego po wstrzyknięciu 20 g abrodil'u w wodnym roztworze, w 90 min. wystąpiły objawy ciężkiej przewrażliwości. Objawy te trwały kilka godzin. Wstrzyknięcie abrodil'u wykonano celem prześwietlenia nerek i dróg moczowych. Przed trzema tygodniami wstrzyknięto z innych przyczyn *kalium jodatum*, objawy jakie teraz wystąpiły, uważa autor za przewrażliwość jodową. Surowica pobrana od owego osobnika w czasie trwania objawów i wstrzyknięta myszkom nie wykazała toksyczności, co pozwalałoby wykluczyć powstanie związków toksycznych w ustroju z abrodil'em.

E. Morway: *Pneumonia sequestrativa w obrazie rentgenologicznym.* Autor opisuje całkowite wyleczenie sposobem konserwatywnym zapalenia płuc sekwestrującego całego płatu górnego płuca prawego, przy równoczesnym ropniaku opłucnej tejże strony. Obrazami rentgenologicznemi przedstawia stan w czasie trwania schorzenia i po jego wyleczeniu.

A. Selinger: *Doświadczenia z efetonalem.* Autor opisuje działanie nowego środka, który stosowany w tych samych wypadkach co efetonina daje wyniki lepsze, przy braku działań ubocznych.

A. Bötzel: *Wyleczenie wstrzykiwaniami dożylnemi alkoholu posocznicy, wywołanej przez streptothrix.* W przypadku, w którym kilkakrotnie wyhodowano ze krwi *streptothrix* nie reagujący zu-

pełnie leczniczo na żadne środki farmaceutyczne, po wstrzyknięciu 100 cm³ 33.5% alkoholu, w kilku dniach objawy zupełnie ustąpiły, i chory powrócił do zdrowia.

Georg Pamboukis: *Postać poronna dystrophiae musculorum progressivae w czterech generacjach.* W opisanym przypadku przerostu rzekomego mięśni wystąpił obraz całkowity tego schorzenia, natomiast u członków jego rodziny w 4 generacjach udało się wykazać poronne postacie tegoż schorzenia, przemijające, zjawiające się zawsze po chorobach zakaźnych.

O. Stickel: *Zmiany prątka gruźliczego wskutek pasażu przez żyjące rośliny.* Doświadczenie kontrolne nad przeszczepianiem szczepów prątka gruźliczego na rośliny żyjące, nie dały autorowi tych samych rezultatów co Muchowi i Nyrenowi o tyle, że uzyskał tylko zmiany w barwieniu się i budowie wewnętrznej prątków. Doświadczenia wykonywał na kosaćcach i tulipanach.

Arch. f. Gynakologie.

T. 139. Z. 1 i 2.

Runge i Hartmann: *Przyczynek do histologji łożyska ludzkiego.* Badania autorów dały wyniki następujące: Przy przejściu na powierzchnię łożyska zmienia się muskulatura żyły w ten sposób, że znikają prawie zupełnie szczeliny limfatyczne pomiędzy włóknami mięsnemi, które są cechą charakterystyczną żyły pępowinowej. Równocześnie tak tętnica jak i żyła stają się coraz więcej do siebie podobne. Oba naczynia są silnie umięśnione. Tak tętnica jak i żyła w łożysku nie posiadają włókien elastycznych, zjawisko uderzające, które odróżnia te naczynia od wszystkich innych naczyń krwionośnych w ustroju. Na preparatach nastrzykanych stwierdzili autorowie, że rozdzielanie się naczyń w łożysku jest gęste i zawsze pod ostrym kątem. Łatwość i szybkość przepływu krwi przez łożysko nasunęły pytanie, czy nie grają tu roli anastomozy pomiędzy tętnicami i żyłami. Preparaty nastrzykane różnokolorowo nie stwierdziły żadnych anastomoz, nigdy bowiem masa wstrzykiwana do jednego naczynia nie przechodziła do drugiego. Na naczyniach drobnych trudno było już rozróżnić tętnicę od żyły. Przy mierzeniu preparatu histologicznego zdają się naczynia o grubości 80—100 μ stanowić granicę, przy której można jeszcze rozpoznać muskulaturę.

Aby uzyskać prawdziwy obraz co do ilości naczyń włosowatych w kosmkach należy badać łożysko w sposób właściwy. Nie jest bowiem rzeczą obojętną, czy do badania użyliśmy łożyska płodu odpętlonego zaraz po urodzeniu czy też dopiero po ustaniu tętnienia naczyń pępowinowych. Odpowiednie preparaty z badań autorów ilustrują to znakomicie. Jedne obrazy wykazują stosunkowo skąpą ilość naczyń włosowatych w kosmkach, natomiast szerokie przestrzenie międzykosmkowe. Na drugich preparatach natomiast wskutek dobrego wypełnienia ciałkami krwi widać wyraźnie każde pojedyńcze naczynie, natomiast kosmki leżą bliżej siebie a przestrzenie między niemi wyglądają jak wąskie szczeliny. Piśmiennictwo nieraz podaje podobne obrazy jako stan patologiczny, co przecież nie odpowiada prawdzie. Światło naczyń w kosmkach wynosi 30—40 μ przestworów międzykosmkowych 50—60 μ. W miarę rozwoju łożyska zwiększa się ilość naczyń włosowatych, a ubywa tkanki łącznej, tak że w łożysku dojrzałem liczne naczynia włosowate poprzedzielane tylko bardzo cienką warstwą międzynaczyniową stykają się wprost z *syncytium.* W kosmku młodym nigdy niema więcej jak 3—4 naczyń włosowatych, w dojrzałym zaś jest ich 8 do 12.

Badania histologiczne zwłaszcza Hofbauera wywarły wielki wpływ na zapatrywania nasze co do czynności łożyska. W przeciwieństwie do tego autorowie są zdania, że wyciąganie pewnych wniosków z obrazów histologicznych o czynności komórek tylko bardzo wyjątkowo jest dopuszczalne i możliwe. Badań Hofbauera nie potwierdzają i sądzą, że stosunkowo prosta budowa stanowi kolosalną sprzeczność z tą różnorodną czynnością, jaką łożysko musi spełniać. Łożysko, jak wiemy, spełnia w stosunku do płodu czynność płuc, wątroby, nerek i jelit, a każda z tych czynności według dotychczasowych zapatrywań jest czynno-wydzielniczą. Na podstawie swych doświadczeń autorowie nie przyjmują czynnowydzielniczej funkcji łożyska, lecz całą przemianę materji w łożysku dojrzałem uważają za proces bierny.

Joachimovits: *W sprawie t. zw. Placenta adhaerens i accreta.* Normalne oddzielanie się łożyska odbywa się najprawdopodobniej głównie przy pomocy powiększającego się krwiaka pozałożyskowego, podczas gdy pierwsze skurcze macicy tuż po urodzeniu się płodu mają przytem znaczenie uzupełniające, lecz zasadnicze. Wskutek zmniejszenia ciśnienia powietrza, jakie powstaje w jamie macicy bezpośrednio po wydaleniu płodu, tak przestrzeń międzykosmkowa łożyska, jako też i naczynia warstwy gąbczastej zostają wypełnione krwią i to już przed pierwszym skurczem macicy, a równocześnie i przy następnym skurczu krew z naczyń płodowych zostaje wyciśnięta (krew zapasowa). Pierwszy skurcz macicy poporodowy, który prawdopodobnie przebiega w kierunku do miejsca łożyskowego, wzmacnia ostatecznie wypełnienie naczyń warstwy gąbczastej do tego stopnia, że ściany pozostałych jeszcze naczyń zaledwie są w stanie wytrzymać parcie krwi.

Już przy normalnem odklejaniu się łożyska powstają pod wpływem skurczów — głównie z warstwy podstawowej fałdy, które uważać należy za podstawę przegród łożyska (Kermauner). Może się zdarzyć, że niektóre nieliczne takie fałdy powstać mogą już w ostatnich miesiącach ciąży na podstawie analogicznego mechanizmu lub też pofałdowania podstawy łożyska.

W przypadkach silnego przyczepu łożyska kurczy się macica znacznie wyraźniej na samem łożysku, co można stwierdzić nawet na preparatach histologicznych.

W przypadkach *„Placenta adhaerens"*, których badał autor 14, z tego 3 w związku z macicą, stwierdzić można wysokie fałdy, które histologicznie przedstawiają się jako twory zbudowane z ektodermy podstawowej doczesnej a mianowicie z warstwy zbitej i gąbczastej. Niejednokrotnie można rozpoznać, że z takiego fałdu odchodzą cienkie przegrody jam warstwy gąbczastej często z dna tej warstwy podstawowej. Rzadziej — zwłaszcza w przypadkach silnego unaczynienia wewnętrznej warstwy mięśniowej — pojawiają się te fałdy w wiązkach warstwy mięsnej, granicznej. Fałdy wysokie powstają pod wpływem stałych skurczów, przy pomocy których w przypadkach bez wiadomych przyczyn nienormalnego odklejania się łożyska stara się macica pokonać przeszkodę, przyczem powstają fałdy podstawy łożyska, które pod wpływem dalszych bezskutecznych skurczów sięgają coraz głębiej w kierunku przestrzeni międzykosmkowej.

Przyczyny nienormalnego odklejania się łożyska z utrzymaną warstwą gąbczastą są następujące:

1. Skąpa ilość gruczołów lub naczyń warstwy gąbczastej, co powoduje grube przegrody w warstwie gruczołowej względnie naczyniowej.

2. a) Przegrody międzygruczołowe silnie umięśnione, które same, jako odporniejsze, wzmacniają również przegrody naczyniowe;

b) wspomniane wyżej fałdy cienkich wiązek mięsnych silnie unaczynionej warstwy mięsnej.

3. pierwotne, silne skurcze, które powstają z przyczyn wewnętrznych, bliżej nieznanych lub też z zewnętrznych jak np. masaż macicy, a które przy zupełnie normalnej warstwie gąbczastej mogą być przyczyną tworzenia się silnych fałdów także w owej warstwie gąbczastej. W ten sposób przez podłużne układanie się ścian międzygruczołowych powstają przegrody trudno dające się przedrzeć; naczynia w tych przegrodach przy fałdowaniu się zostają wyciągnięte, dlatego też i nie pękają.

Silnie przyczepione łożyska pierwszych 2 grup rzadko odklejają się samoistnie a wówczas zwykle w warstwie fałszywej: a) w najgłębszej, granicznej warstwie mięsnej (wówczas na łożysku wydalonem widać mięśnie), b) na wysokości ektodermy podstawowej, względnie pomiędzy kosmkami i warstwą zbitą (często przyczyna późnych krwotoków).

Doświadczenie kliniczne a mianowicie, że łożysko silnie przyczepione (a nietylko zatrzymane) często odchodzi dobrowolnie po zastosowaniu narkozy, dalej okoliczność, że bezcelowe pobudzanie macicy do skurczu zapomocą masażu w 3-cim okresie porodowym często prowadzi do silnego przyczepu łożyska, przemawiają również za słusznością powyższego zapatrywania.

Również w przypadkach łożyska t. zw. przyrośniętego, przy którem zależnie od zupełnie lub częściowo zanikłej warstwy zbitej można rozróżnić 2 stopnie, powstaje w czasie porodu podobny mechanizm zazębienia przez to, że wytwarzają się większe lub mniejsze fałdy mięśni wskutek skurczów macicy.

Znajdują się również fałdy zbudowane nie z mięśni a mianowicie w łożyskach z zanikłą warstwą zbitą. Oprócz wpomnianych fałdów mięsnych i znanych histologicznych obrazów wrastania i przerastania kosmków w przypadkach braku warstwy gąbczastej na znaczniejszej przestrzeni następujące cechy są charakterystyczne dla łożyska przyrośniętego:

1. Przemiana łącznotkankowa najgłębszej warstwy mięśni przy silnem rozpulchnieniu i obrzmieniu jako dążność wyrównawcza wobec brakującej błony śluzowej.

2. Pewnego rodzaju przemiana decidualna komórek mięsnych nawet głęboko w warstwie mięsnej.

3. Wytworzenie się szczególnie silnie unaczynionej warstwy granicznej już na początku ciąży, stanowiącej z jednej strony warstwę odgraniczającą poprzednio zanikłą część mięśni od mięśni pozostałych, z drugiej strony zaś tworzącą urządzenie zastępcze

dla koniecznego, ścisłego kontaktu między naczyniami matczynemi i kosmkami (nieraz obrazy przypominające t. zw. *„Labirynth - Placenta“).*

W jednym przypadku przyrośnięcia łożyska w $3^1/_2$ m. ciąży znalazł autor rzecz rzadką, a mianowicie ograniczone ognisko adenomyotyczne głęboko w mięśniu miejsce łożyskowego (powierzchowne gruczoły blisko granicy warstwy mięsnej i błony śluzowej w mięśniu samym spotyka się często w ciąży jako zjawisko jeszcze prawidłowe).

We wczesnych okresach ciąży spotyka się nieraz przypadkowo miejsca błony śluzowej pod łożyskiem, które mało lub też zupełnie nie posiadają jam gruczołowych. Nawet gdyby zmiana ta istniała na większej przestrzeni, nie można jeszcze mówić o łożysku przyrośniętem. Światła gruczołów bowiem rozszerzają się wskutek czynnego wzrostu ich przegród aż do początku 5-go miesiąca ciąży i umożliwiają stosunkowo późno wytworzenie się warstwy oddzielania się łożyska skutkiem biernego rozszerzania się pod wpływem zwiększającego się przesączu i ciśnienia wewnątrzmacicznego.

Klaften: *Krwiak śródłożyskowy.* Krwiaki łożyska powstają wskutek kruchości naczyń, żylaków, rozsianych tętniaków, u kobiet cierpiących na drgawki, schorzenia nerek i ze zmianami naczyń łożyskowych albo też wskutek urazu. W przypadkach zastoju lub szklistego zwyrodnienia naczyń nawet normalne wahania ciśnienia mogą spowodować pęknięcie naczynia. Uraz w takich przypadkach stanowi tylko moment wywoławczy. Ze stanowiska sądowego przypadki takie należy oceniać inaczej, aniżeli te, w których tak naczynia jak i kosmki nie wykazują żadnych zmian patologicznych, a powstanie krwiaka poprzedzał jedynie uraz. Jeżeli łożysko okazuje zupełnie prawidłową budowę, naczynia łożyskowe są bez zmian, narządy wewnętrzne matki są zupełnie zdrowe, w szczególności nie stwierdzamy kiły, choroby nerek, wady serca, podniesionego parcia krwi ani żadnych zmian w naczyniach, wówczas możemy uraz uważać za przyczynę powstania krwiaka. Wymienione schorzenia mogą bowiem wywołać zmiany w naczyniach krwionośnych i same przez się usposabiają do pęknięcia naczyń i krwawień śródłożyskowych tak, że już przy normalnem parciu i fizjologicznych jego wahaniach mogą powstać wylewy krwawe. Nawet małe zupełnie tętniaki mogą być przyczyną powstawania wylewów krwawych w mięśniu łożyska więc i te przypadki muszą być zupełnie inaczej oceniane.

Przypadek opisany przez autora dotyczył wieloródki, która upadła na brzuch i następnego dnia urodziła płód nieżywy, 6-miesięczny. Badanie matki i płodu żadnych zmian nie wykazało. Łożysko wagi 310 g, o średnicy 15—14 cm grubości $2^1/_2$ cm. Na obu powierzchniach łożyska widać wypuklenie bardzo wyraźne, które na przekroju okazało się krwiakiem śródłożyskowym, zajmującym $^1/_4$ część łożyska. Rozmiary krwiaka wynoszą: 8 cm długości, — 7 cm szerokości, — 4 cm grubości. Okolica krwiaka wokoło na przestrzeni 3 cm zgnieciona.

Szczegółowe badania drobnowidowe żadnych zmian w utkaniu łożyska nie wykazało. Wobec tego przyjmuje autor, że przyczyną krwiaka był uraz pośredni, którego mechanizm działania szczegółowo opisuje. (Liczne ryciny w tekście).

K. B. (Lwów).

SPRAWY ZAWODOWE.

Komunikat VII. Naczelnej Izby Lekarskiej.

Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej podaje poniżej, jako wyniki prac Komisji do określenia uprawnień do tytułu specjalisty — referat Prof. Dr. Witolda Orłowskiego i wnioski przyjęte przez Komisję na posiedzeniu w dniu 23 kwietnia 1931 r.

W skład Komisji wchodzili: Prof. Dr. Witold Orłowski — jako przewodniczący, Prof. Dr. Antoni Gluziński, Prof. Dr. Franciszek Krzyształowicz, Prof. Dr. Jan Mazurkiewicz, Prof. Dr. Zygmunt Radliński, Prof. Dr. Władysław Szenajch i Dr. Bronisław Wejnert.

Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej postanowił w tej sprawie nie zajmować jeszcze ostatecznego stanowiska, wezwał narazie Izby terytorjalne do wypowiedzenia się.

Referat Prof. Dr. Med. Witolda Orłowskiego dotyczący sprawy „określenia uprawnień do tytułu specjalisty“.

Przystępując do zagadnienia uprawnień do tytułu specjalisty, Naczelna Izba Lekarska przekazała mnie materjały w tej sprawie zebrane przez Zarząd Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej. Nim rozpoczniemy naszą pracę, uważam za pożądane zaznajomienie naszej Komisji z temi materjałami.

Są to opinje Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego oraz 8 Towarzystw Naukowych, mianowicie: Chirurgicznego Warszawskiego, Ginekologicznego Warszawskiego, Internistów Polskich, Neurologicznego Warszawskiego, Oddziału Warszawskiego Towarzystwa Okulistów Polskich, Pedjatrycznego, Polskiego psychjatrycznego, wreszcie Polskiego Lekarskiego Tow. Radjologicznego. Ponadto mamy opinję Polskiego Związku Przeciwgruźliczego w sprawie określenia pojęcia „specjalista-ftizjolog“, opracowaną przez Komisję, składającą się z kol. Stefana Rudzkiego, Zdzisława Szczepańskiego i Cz. Wroczyńskiego pod przewodnictwem prof. W. Orłowskiego, oraz opinje w tej sprawie Rady Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Poznańskiego, Wileńskiego Tow. Przeciwgruźliczego, Zrzeszenia Dyrektorów Sanatorjów przeciwgruźliczych o charakterze społecznym, prof. Ciechanowskiego, Dr. K. Dłuskiego, kol. M. Gantza, Gredeckiego (Komisarza rządowego Powiatowej Kasy Chorych w Żyrardowie) prof. K. Jonschera, Dr. S. Kaczyńskiego z Torunia, W. Kraszewskiego, naczelnego lekarza Sanatorjum Związku Polskiego Nauczycielstwa Szkół Powszechnych w Zakopanem, Dr. Kłuszyńskiego z Warszawy, Prof. M. Michałowicza, doc. A. Sabatowskiego, Dr. M. Staroniewicza, dyr. sanatorjum dla płuсno-chorych w Ludwikowie, doc. Sterling-Okuniewskiego, Dr. Szulca, naczelnego lekarza m. Poznania, Dr. Cz. Wroczyńskiego, wreszcie D-rów Stan. Zabłockiego i Lesława Węgrzynowskiego.

Wymienione ciała, Towarzystwa Lekarskie i poszczególne osoby wypowiedziały się, jakich kwalifikacyj należy żądać od ubiegających się o tytuł specjalisty, ujmując to zagadnienie mniej lub więcej szeroko. A więc przedewszystkiem co się tyczy prawa do tytułu specjalisty, to — zdaniem Rady Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiellońskiego — ma je lekarz, który już po dyplomie, przynajmniej przez 4 lata pracował w obranej przez siebie specjalności na oddziale klinicznym lub szpitalnym z pośród szpitali, upoważnionych do wydawania takich uprawnień przez Departament Służby Zdrowia w porozumieniu z Wydziałami Lekarskiemi, przyczem rodzaje specjalności, których tytułami mogą posługiwać się lekarze specjaliści, mają być ustalone przez Izby Lekarskie w porozumieniu z Wydziałami Lekarskiemi. Towarzystwo Chirurgiczne Warszawskie wymaga dla uzyskania tytułu chirurga praktyki w klinikach lub oddziałach chirurgicznych conajmniej 5-cio letniej i wykazania znajomości teoretycznej i praktycznej tej dziedziny. Towarzystwo Ginekologiczne Warszawskie wymaga dla otrzymania tytułu specjalisty „ginekolog i położnik“ poza rokiem praktyki, przewidzianych ustawą o wykonywaniu praktyki lekarskiej, i 9 miesięcznej praktyki w oddziale chirurgicznym, conajmniej dwu lat praktyki na oddziale położniczym i 3 lat w oddziale ginekologicznym. Towarzystwo Neurologiczne Warszawskie żąda dla uzyskania prawa do tytułu neurologa conajmniej 3 letniej praktyki szpitalnej na oddziale chorób nerwowych. Polskie Towarzystwo psychjatryczne, opierając się na opinji swoich kół prowincjonalnych oraz niektórych ośrodków psychjatrycznych, żąda dla nabycia prawa do tytułu psychjatry conajmniej 3 letniego wyszkolenia w klinice psychjatrycznej, w zakładzie psychjatrycznym, publicznym lub też w odpowiednio zorganizowanym oddziale psychjatrycznym szpitala ogólnego, wykazania uzdolnienia do samodzielnej pracy oddziałowej, nabycia doświadczenia sądowo-psychjatrycznego oraz — przynajmniej — półrocznej pracy na oddziale neurologicznym w okresie ustawowego roku praktycznego lub też w czasie późniejszym. Oddział Warszawski Tow. Okulistów Polskich żąda 3 letniego stażu w jednej z klinik ocznych Rzeczypospolitej Polskiej lub na jednym z oddziałów ocznych większych szpitali. Polskie Tow. Pedjatryczne żąda dla tytułu pedjatry conajmniej 3 letniej praktyki lekarskiej szpitalnej, przyczem jeden rok winien być poświęcony pracy na oddziale chorób wewnętrznych dla dorosłych, a dwa lata pracy w szpitalnictwie dziecięcem, obejmującej jako konieczny warunek zaznajomienia się z chorobami zakaźnemi wieku niemowlęcego. Polskie Lekarskie Tow. Radjologiczne żąda dla tytułu radjologa 1 rocznej praktyki szpitalnej ogólnej na oddziale wewnętrznym lub chirurgicznym oraz conajmniej 2 letniej praktyki w większych zakładach radjologicznych uniwersyteckich, szpitalnych lub Kas Chorych. Opinje co do tytułu ftizjologa odznaczają się dużą rozbieżnością pod względem kwalifikacyj żądanych od tych, którzy pragną ten tytuł uzyskać. Znaczna większość wymaga przedewszystkiem wykształcenia w chorobach wewnętrznych, uzyskanego w klinikach i oddziałach wewnętrznych szpitalnych, przyczem czas szkolenia się w chorobach wewnętrznych wykazuje rozpiętość od 1 do 3 lat; Wileńskie Tow. przeciwgruźlicze uważa za możliwe zastąpienie tej pracy w klinikach chorób wewnętrznych lub w oddziałach szpitalnych chorób wewnętrznych 2 letnią pracą w ambulatorjach lub nawet 2 letnią praktyką prywatną. Ponadto wszyscy wymagają wykazania się pracą na oddziałach gruźliczych lub uzdrowiskach gruź-

liczych przez okres czasu, określany różnie, mianowicie od pół roku do 4 lat. Niektórzy żądają również pół do 2 letniej pracy w poradni przeciwgruźliczej, specjalnych studjów w zakresie gruźlicy krtani, dziecięcej i chirurgicznej, gruntownego opanowania rentgenologji ftizjologicznej, ogólnego — inni dokładnego — opanowania higjeny społecznej i walki społecznej z gruźlicą, znajomości zasadniczej piśmiennictwa o gruźlicy, wreszcie własnych prac naukowych z zakresu gruźlicy w liczbie conajmniej 2. W zależności od wymagań nabycie prawa do tytułu ftizjologa przysługiwałoby lekarzowi dopiero po 4 latach do 7 i pół pracy, ściśle zreglamentowanej. W przeciwstawieniu do tych opinji prof. Ciechanowskiemu tytuł ftizjologa nie wydaje się pożądanym, jako zanadto zacieśniający pojęcie specjalisty, Dr. Wroczyński uważa tworzenie nowej specjalności pod nazwą „ftizjologji" za niewskazane i niemożliwe. Zdaniem komisji w składzie: Dr. Stefan Rudzki, Dr. Zdzisław Szczepański i Dr. Wroczyński pod przewodnictwem prof. Orłowskiego, wyodrębnienie tytułu specjalisty ftizjologa nie jest potrzebne i nie jest celowe, a może być nawet szkodliwe.

Wreszcie Tow. Internistów polskich po zasięgnięciu opinji swoich kół i rozważeniu całego zagadnienia o specjalistach w zakresie medycyny doszło do wniosku następującego: „Ze względu na to, że dyplom lekarski daje każdemu lekarzowi prawo do uprawiania praktyki lekarskiej w zakresie zarówno medycyny praktycznej wogóle, jak i poszczególnych jej gałęzi, Tow. Internistów polskich uznaje za zbędne i szkodliwe ustawowe tworzenie nowych urzędowych tytułów specjalisty w zakresie różnych działów medycyny. Towarzystwo uważa za zbędne tworzenie nowej ustawy, któraby miała uzupełniać art. 8 ustawy z dnia 2 grudnia 1921 r. w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej przez ustalanie warunków otrzymywania tytułu specjalisty; natomiast należy utrzymać i nadal obecnie obowiązujący ustęp ustawy" używanie obok tytułu „lekarz" tytułu specjalisty w poszczególnych dziedzinach lecznictwa ograniczeniu nie podlega. (D. U. R. P. Nr. 105, 1921 r.).

Dwa z pośród Towarzystw wypowiedziało się w sprawie znaczenia studjów zagranicznych przy uzyskaniu tytułu specjalisty. Mianowicie Oddział Warszawski Tow. Okulistów Polskich w żądaniach stażu wyraźnie zaznacza, że on powinien być odbyty w klinikach ocznych Rzeczypospolitej Polskiej lub na jednym z oddziałów ocznych większych szpitali, a Tow. Ginekologiczne Warszawskie stoi na stanowisku, że nadanie tytułu specjalisty na podstawie studjów zagranicznych może być dopuszczalne tylko wyjątkowo.

Co do istniejących obecnie specjalistów, to o nich wypowiada się tylko Tow. Ginekologiczne Warszawskie. Zdaniem jego profesorowie i docenci uniwersytetów w zakresie położnictwa i ginekologji oraz kierownicy oddziałów szpitalnych, wybranych do wydawania zaświadczeń o pracy lekarskiej, otrzymują tytuł specjalisty w swoim zakresie automatycznie. Ponadto dla lekarzy starszej generacji, którzy ukończyli medycynę przed rokiem 1918 może być nadany wyjątkowo tytuł „ginekolog" (bez „położnik") lub „położnik" (bez „ginekolog"), o ile lekarz na podstawie mającej się pojawić ustawy uzyska nadanie tego tytułu w ciągu roku od wydania ustawy.

O rodzajach specjalizacji, których tytułami mogą posługiwać się lekarze specjaliści, wspomina tylko Rada Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiel. zaznaczając, że one mogą być ustalone przez Izby Lekarskie w porozumieniu z Wydziałami Lekarskiemi.

W sprawie, jaka instytucja i w jaki sposób nadaje tytuł specjalisty wypowiedzieli się tylko Wydział Lekarski Uniw. Jagiel., Tow. Ginekologiczne Warszawskie, Tow. Chirurgiczne Warszawskie i Tow. Przeciwgruźlicze Wileńskie. Wydział Lekarski Uniw. Jagiel. sądzi, że nadawanie tytułu specjalisty przysługuje tej Izbie Lekarskiej, która nadaje tytuł po wysłuchaniu opinji Wydziału Lekarskiego jednego z uniwersytetów polskich na podstawie przedłożonych dowodów, jak prace, ogłoszone przez kandydata i świadectwa tych, pod których kierunkiem kandydat pracował. Tow. Chirurgiczne Warszawskie pragnie uprawnić do nadawania tytułu chirurga Towarzystwo Chirurgów Polskich, jako obejmujące całą Rzeczypospolitą. Tow. Przeciwgruźlicze Wileńskie sądzi, że nadawanie tytułu specjalisty ftizjologa na wniosek Towarzystw terytorjalnych przeciwgruźliczych jest atrybutem Polskiego Związku Przeciwgruźliczego, który rejestruje specjalistów ftizjologów. Najszerzej sprawę nadawania tytułu specjalisty w swoim zakresie opracowało Towarzystwo Ginekologiczne Warszawskie. Według jego projektu w każdem mieście uniwersyteckiem istnieje komisja do spraw specjalizacji, złożona z jednego przedstawiciela Izby Lekarskiej, profesora ginekologji i położnictwa i przedstawiciela Tow. Ginekologicznego z pośród ordynatorów szpitali; komisja ta wydaje swoją opinję na podstawie zaświadczeń kierowników klinik lub oddziałów szpitalnych ginekologiczno-położniczych o stażu kandydata oraz jego prac naukowych i odsyła ją władzy naczelnej, wyznaczonej przez ustawę do nadawania tytułu specjalisty.

Wszystkie inne ciała, Towarzystwa i poszczególne osoby, które wzięły udział w ankiecie, nie poruszają zupełnie sprawy uprawnień tych lub innych organów dla nadawania tytułu specjalisty, natomiast ograniczają się tylko do wypowiedzenia szczegółowej opinji, jakie stanowiska mogą i powinny być obsadzane przez lekarzy specjalistów. Wszyscy zgodnie są zwolennikami systemu konkursu naukowego, przyczem poszczególni uczestnicy ankiety precyzują mniej lub więcej ściśle skład komisyj konkursowych. Najogólniej wypowiada się pod tym względem Tow. Chirurgiczne Warszawskie, żądając by stanowiska chirurgów szpitalnych były obsadzane drogą konkursu naukowego, zgodnie z istniejącemi przepisami rządowemi lub samorządowemi, jednak pod kontrolą Izb Lekarskich. Inni uczestnicy ankiety żądają, by komisja składała się nietylko ze specjalistów pracujących w tej instytucji, do której kandydat ma być przyjęty, lecz i ze specjalistów poza nią, inni są zdania, że ocenę mogą dawać i odpowiednie instytucje naukowe (Tow. psychjatryczne, pedjatryczne i t. d.).

Tak się przedstawia materjał przekazany naszej komisji. Zadaniem naszem będzie przedewszystkiem ustalenie, czy należy wprowadzać ustawowo tytuł specjalisty w zakresie poszczególnych specjalności lekarskich, a następnie o ile komisja dojdzie pod tym względem do wniosku dodatniego, ustalenie kolejno:

a) rodzaju specjalności,

b) kwalifikacyj dla uzyskania tytułu każdej ze specjalności z uwzględnieniem studjów zagranicznych oraz kolegów starszej generacji;

c) sposobu postępowania dla otrzymania tytułu ze ściśłem zakreśleniem kompetencyj poszczególnych czynników, biorących w tem udział.

Wnioski Komisji do określenia uprawnień do tytułu specjalisty przyjęte na posiedzeniu w dniu 23 kwietnia 1931 r. W sprawie ustalenia ustawowego tytułu specjalisty w zakresie pewnej gałęzi medycyny.

Ustalenie jakiegokolwiek tytułu musi być dyktowane potrzebami życiowemi i tylko wówczas ma rację bytu, gdy tym potrzebom czyni zadość.

Należy więc przedewszystkiem rozważyć, czyje potrzeby wymagają ustawowego ustalenia tytułu specjalisty. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że nauka dla swojego rozwoju takiego tytułu wcale nie potrzebuje. Historja bowiem ludzkości dosadnie dowodzi, że największe postępy nauka zawdzięczała bardzo często ludziom zupełnie nietytułowanym, a nawet nieraz mało znanym ogółowi przed uczynionem przez nich odkryciem. Również nie potrzebują ochrony zapomocą ustawowego tytułu ci z lekarzy, którzy drogą długoletniej pracy zdobyli sobie duże doświadczenie i obszerną wiedzę w zakresie pewnej gałęzi medycyny. Uchodzą oni słusznie za specjalistów i ich stanowisko ani wśród lekarzy, ani w społeczeństwie wogóle w niczem się nie zmieni od nadania im ustawowego tytułu. Lekarze, którzy nie zdobyli sobie jeszcze dostatecznego doświadczenia w wybranej przez siebie specjalności, będą mogli i nadal ograniczać pole swojej działalności w zakresie lecznictwa, ogłaszając, że leczą tylko choroby wewnętrzne lub kobiece, oczne i t. p. Prawda, nie będą oni mieć prawa zaznaczania „specjalista chorób wewnętrznych", lecz nie będzie można im zabronić zaznaczenia „choroby wewnętrzne" lub leczy w „chorobach dzieci" lub „specjalnie choroby wewnętrzne" i t. p. Zachodzą, coprawda, tu pewne odcienie, lecz w nich szeroki ogół nie potrafi sobie dać rady i nieraz błędnie będzie wnioskował, że ma do czynienia z dyplomowanym specjalistą. Tymczasem dziś, gdy tego tytułu ustawowego niema, publiczność dobrze orjentuje się, kto jest istotnym specjalistą, a nieraz sama przyczynia się do głębszego wyspecjalizowania się lekarza w pewnej gałęzi medycyny. Jeżeli więc chodzi o ochronę interesów społeczeństwa, ustalenie ustawowego tytułu specjalisty jest bezcelowe, tembardziej, że w wyborze lekarza publiczność bardzo często kieruje się nie tytułami wcale, lecz osobną psychologią, która powoduje, że nawet w miastach uniwersyteckich, gdzie mamy sporo lekarzy specjalistów, nawet sfery oświecone leczą się nieraz u osób, nie posiadających żadnego wykształcenia lekarskiego. Pozostaje jeszcze rozważyć interesy ciał i instytucyj państwowych, samorządowych i społecznych, zwłaszcza w Kasach Chorych, gdy chodzi o obsadzenia pewnych stanowisk lekarzami specjalistami. Różny stopień wymagań, gdy się obsadzają te stanowiska, nietylko w różnych miastach i miasteczkach, ale i w tem samem mieście, w zależności od charakteru stanowiska i innych czynników z niem związanych, powoduje to, że interes zainteresowanych ciał będzie tu o wiele lepiej zabezpieczony, jeżeli ustawowo te stanowiska będą obsadzane tylko na drodze dobrze zorganizowanych konkursów, w których ustawowo będzie zagwarantowany należyty głos stanowi lekarskiemu. Same ustawowe tytuły specjalistów nie dadzą tu

rękojmi najlepszego rozwiązania sprawy, bo przecież i wśród tytułowanych specjalistów jedni będą bardziej niż inni odpowiadać wymaganiom związanym z obsadzanem stanowiskiem.

Biorąc powyższe pod uwagę, Komisja dochodzi do wniosku, że ustalenie ustawowego tytułu specjalisty jest zbędnem ograniczeniem praw, nabywanych przez lekarzy w dyplomie i jeszcze jedną, przytem zbyteczną, reglamentacją zawodu lekarskiego.

Zmiany personalne w Zarządzie Naczelnej Izby Lekarskiej.

Na posiedzeniu dorocznem N. I. L., w dniu 22 marca b. r. przeprowadzono wybory uzupełniające na zastępców członków Zarządu N. I. L.; zostali wybrani dr. dr.: Milewski Tadeusz, Ostromęcki Bohdan i Krenicki Józef. Z grona zastępców powołano do Zarządu dr. Milewskiego i dr. Ostromęckiego.

W dniu 9 maja b. r. Zarząd ukonstytuował się w sposób następujący: Dr. Witold Chodźko — przewodniczący, Prof. Dr. Paweł Gantkowski — zastępca przewodniczącego, Dr. Stefan Mozołowski — zastępca przewodniczącego, Dr. Stefan Strzemieński — zastępca przewodniczącego, Dr. Tadeusz Milewski — sekretarz, Dr. Bohdan Ostromęcki — skarbnik, Dr. Wilhelm Róbin i Prof. Dr. Eugenjusz Wajgiel — członkowie.

Sekretarz: *Dr. Tadeusz Milewski.* Zastępca przewodniczącego: *Dr. Stefan Mozołowski.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Ruch służbowy w Państwowej Służbie Zdrowia za miesiąc lipiec 1931 r. W Zarządzie Centralnym: Przeniesieni w stan spoczynku: Dr. Sęczyc Jakób, radca ministerjalny w V st. sł. w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych, na podstawie art. 29 ustawy emerytalnej z dniem 31 lipca 1931 r. — W Państwowych Zakładach Służby Zdrowia: Zwolnieni: Chrzanowska Róża, prowiz. asystent w VIII st. sł. w Państwowym Zakładzie badania żywności i przedmiotów użytku w Poznaniu, na zasadzie art. 62 ustawy o państw. służbie cywilnej z dn. 31 lipca 1931 r. dekretem z dn. 2 lipca 1931 r. — We Władzach I instancji: Zwolnieni: Dr. Schenkier Zygmunt, prowiz. lekarz powiat. w VII st. sł. w Starostwie powiatowem w Miechowie, na podstawie art. 62 ust. o państw. służbie cywilnej z dn. 31 lipca 1931 r. dekretem z dn. 2 lipca 1931 r. — Dr. Juchtman Maurycy, prowizor. lekarz powiat. w VII st. sł. w Starostwie powiatowem Iłżeckiem w Wierzbniku, na podstawie art. 62 ustawy o państw. służbie cywilnej z dn. 31 lipca 1931 r. dekretem z dn. 3 lipca 1931 r. — Przeniesieni w stan spoczynku: Dr. Pohorecki Władysław, lekarz powiat. w VI. st. sł. w Starostwie powiat. Pinczowskiem, w myśl art. 29 ustawy emerytalnej z dniem 31 lipca 1931 r. dekretem z dn. 3 lipca 1931 r. Dr. Zaleski Marek, lekarz powiat. w VI st. sł. w Starostwie powiat. w Siedlcach na własną prośbę z dniem 31 lipca 1931 r. dekretem z dnia 6 lipca 1931 r. — Zmarli: Dr. Stangenhaus Aleksander, lekarz powiat. w VII st. sł. w Starostwie powiat. w Zawierciu, dn. 26 lipca 1931 r.

Kraków.

Zjazd Komitetu Centralnego Wszechsłowiańskiego Związku Lekarzy w Krakowie. Na posiedzeniu Komitetu Centralnego Wszechsł. Związku Lekarzy, które się odbyło w październiku 1930 r. w czasie 3-go Wszechsłowiańskiego Zjazdu w Splicie, postanowiono, żeby następny Zjazd Delegatów Komitetu Centralnego odbył się w Krakowie. Zebranie Delegatów odbędzie się 23 września r. b. o godzinie 6 po południu w sali Krakowskiego Tow. Lekarskiego ul. Radziwiłłowska Nr. 4. Tematem obrad będzie: wybranie miejsca i czasu przyszłego 4-go Wszechsłowiańskiego Zjazdu lekarzy, omówienie spraw organizacyjnych i bieżących i referat Dr. Ivkovića o 3-im Zjeździe Lekarzy Słowiańskich, który się odbył w Splicie 1930 r. Na Zjeździe Komitetu Centralnego będą delegaci Komitetu Central. Wszechsł. Związk. Lekarsk. z Bułgarji, Czechosłowacji, Jugosławji i Polski.

Zakopane.

V. Ogólne Zebranie członków Zrzeszenia dyrektorów sanatorjów przeciwgruźliczych o charakterze społecznym odbędzie się w sobotę, dnia 19 września 1931 roku w Sanatorjum Związku Polskiego Nauczycielstwa Szkół Powszechnych w Zakopanem (Gubałówka). Początek obrad o godzinie 9,30. Porządek obrad: 1) Otwarcie Zebrania — Prezes Zrzeszenia. 2) Powitanie zebranych — Gospodarz Zjazdu kol. W. Kraszewski. 3) Wybór Przewodniczącego Zebrania. 4) Odczytanie i przyjęcie protokółu poprzedniego Ogóln. Zebrania. 5) Sprawozdanie Zarządu i Delegatów Okręgowych. 6) Dalszy ciąg dyskusji w sprawie mianownictwa naukowego w gruźlicy płuc — ref. główny kol. Z. Szczepański. 7) Zwiedzanie Sanatorjum Związku Polskiego Nauczycielstwa Szkół Powsz. oraz sprawozdanie Nacz. Lek. (w myśl § 21 Regulaminu) — kol. W. Kraszewski. 8) Uchwalenie wniosków do Komitetu Wykonawczego IV-go Ogólnopolskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego, m. in. w sprawie „znakowania objawów płucnych na schematach", przyjętego przez Zrzeszenie. 9) Wybór delegacji do Komitetu Wykonawczego IV-go Ogólnego Zjazdu Przeciwgruźliczego. 10) Sprawozdanie Komisji Rewizyjnej. 11) Wybór miejsca i terminu następnego Ogólnego Zebrania. 12) Wolne wnioski. 13) Zamknięcie Zebrania.

Ze świata.

VII. Kongres Pedjatrów Francuskich. W dniu 5 do 7 Października 1931 r. odbędzie się VII Kongres Pedjatrów Francuskich w Strasburgu. Program naukowy obejmuje następujące tematy: 1) gorączka pokarmowa, 2) diagnostyka i leczenie nowotworów mózgowych u dzieci, 3) postacie poronne i nietypowe awitaminozy wczesnego dzieciństwa. Program społeczny obejmuje zagadnienie organizacji ochrony macierzyńskiej i dziecięcej we Francji. Sekretarzem Kongresu 10, rue des Veaux, Strasburg jest Dr. Woringer.

XII-ty Międzynarodowy Zjazd Psychoanalityczny odbędzie się w dniach 7—10 listopada 1931 r. w Interlaken.

Międzynarodowe kursy dokształcające w Berlinie. Związek berlińskich docentów dla dokształcania lekarzy projektuje urządzenie przy pomocy Wydziału lekarskiego Uniwersytetu berlińskiego, tudzież Instytutu „Das Kaiserin Friedrich-Haus" na wiosnę 1932 roku następujących kursów: Kurs z rentgenologji, tydzień położniczo-ginekologiczny, kurs dokształcający dla chirurgów, kurs z zakresu chorób wewnętrznych, kurs z zakresu chorób zawodowych ze szczególnem uwzględnieniem orzecznictwa, kurs dla okulistów.

Wszelkich wyjaśnień w sprawie tych kursów udziela: Geschäftsstelle der Dozentenvereinigung für ärztliche Fortbildung — Berlin, NW. 6, Luisenplatz 2—4, Kaiserin Friedrich-Haus.

Kurs dokształcający z zakresu wielkich syndromów sercowych odbędzie się w czasie od 9 do 19 listopada 1931 r. w Paryżu (Hôpital Tenon, rue de la Chine — Métro Gambetta) pod kierunkiem profesora M. Camille Lian. Wszelkich wyjaśnień co do tego kursu udzieli na żądanie Dr. Blondel, pierwszy asystent w szpitalu Tenon.

Profesor M. Haudeck, kierownik Instytutu Radjologicznego Szpitala Wilhelminy we Wiedniu zmarł dnia 10 marca b. r.

Dr. E. Soret, radjolog z Nizzy, zmarł po odjęciu obydwu rąk, dokonanem z powodu następstw uszkodzeń popromiennych.

Profesor G. Holzknecht, kierownik pracowni radjologicznej szpitala powszechnego we Wiedniu poddał się operacji odjęcia prawego ramienia z powodu szerzących się następstw uszkodzeń popromiennych.

Zmarli:

Dr. Stanisław Zabłocki, długoletni prezes Lwowskiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego, zmarł we Lwowie w 58-ym roku życia.

Sprostowanie pomyłki w rękopisie pracy Dr. J. Offenberga, ogłoszonej w numerze 34 Polsk. Gaz. Lek. p. t. „W sprawie samoistnych wymiotów okresowych u dorosłych".

Autor poprawia pracę swoją w następujący sposób: Na str. 647 wiersz 27—28 u góry wydrukowano: „powstaje substancja, powodująca jednocześnie i wymioty i nadmierną produkcję ciał ketonowych", — powinno być: „powstają substancje, powodujące i wymioty i nadmierną produkcję ciał ketonowych".

Redakcja otrzymała:

Regmunt-Sobieszczański L. Walka z gruźlicą w programie działalności kasy chorych m. Warszawy. Odb. z Nowin społeczno-lekarskich nr. 15—16 1931 r.

Zbiór prac z Zakładu anatomji patologicznej uniwersytetu Jagiellońskiego — zeszyt II. i Prace Zakładów anatomji patologicznej Uniwersytetów polskich, tom II — zeszyt 3 i 4.